



**Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas**



**Departamento de Saúde Mental e
Dependência de Substâncias**

**PREVALÊNCIA DO CONSUMO DO ÁLCOOL EM DOIS CENTROS DE
SAÚDE DA PRAIA E NUM CENTRO NUMA ZONA RURAL, PICOS – ILHA
DE SANTIAGO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
MENTAL**

Maria Francisca Tavares Alvarenga Varela

Orientador: Professor Doutor Benedetto Saraceno

2013

Dedicatória

Ao Rafael, que á sua maneira me compreendeu e apoiou
À Sara e à Patricia que estiveram comigo nesta caminhada

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde que proporcionou e apoiou a minha participação neste mestrado

À Universidade Nova de Lisboa , o departamento de pós graduação da Faculdade de Ciências médicas e todos os professores do Mestrado em Saúde Mental Internacional, pelo apoio e conhecimentos transmitidos

Ao Professor José Miguel Caldas de Almeida pela acolhedora atenção dispensada desde o início deste projecto

À Professora Graça Cardoso por toda a disponibilidade sempre manifestada

Ao Professor Benedetto Saraceno que aceitou ser meu orientador neste trabalho, por toda a sua disponibilidade e orientações que foram essenciais

Ao Dr João Miguel Vaz e todos os colegas do serviço de psiquiatria pelo apoio e reorganização para permitir a realização das várias etapas deste trabalho

Ao Dr Daniel Ferreira pelas discussões e sugestões que foram sempre encorajadoras

À Dra Dulce Dupret e sua equipa pelo apoio na recolha dos dados no centro de Saúde de A. Santo António

À Dra Diva Borges e sua equipa pelo apoio na recolha dos dados em Achadinha

À Dra Ângela Gomes e sua equipa pelo apoio na recolha dos dados em Picos

Ao Professor Thomas Babor e Katherine Robaina pela importante bibliografia que prontamente me disponibilizaram

Ao Djony pelo apoio na configuração dos gráficos e tabelas e verificação dos dados

Ao Dr Carlos Mendes pelo apoio na análise estatística

Ao Dr Dario Dantas dos Reis pela revisão do texto e encorajamentos

À Dra Margarida Cardoso por todos os apoios e orientações

A todos os pacientes, nos três centros de saúde que aceitaram participar neste estudo

A todas as pessoas não mencionadas aqui mas que contribuíram para a concretização deste objectivo

Resumo

Conhecer a prevalência e perfil de consumo das populações revela-se como elementos importantes para o estabelecimento de Planos e Programas de intervenção na atenção aos problemas relacionados com o consumo do álcool. Este estudo transversal numa amostra de utentes dos cuidados primários de saúde teve por objectivo conhecer a prevalência do consumo do álcool em dois centros de saúde numa zona urbana, (Achada de Santo António e Achadinha) na capital do país e um centro de saúde numa zona rural (Picos), no interior da ilha de Santiago.

O instrumento utilizado para avaliar os consumos de médio e alto risco do álcool foi o ASSIST. Foram entrevistados 302 utentes nos 3 centros de saúde. Os resultados mostraram uma prevalência ao longo da vida de 86,4% e nos últimos 3 meses de 62,3%. Mostrou que os homens tinham consumo superior às mulheres no centro de saúde de Achadinha (p value= 0.002) e Picos (p value=0.003). Em Achada de Santo António a diferença entre homens e mulheres não se mostrou estatisticamente significativa (p value= 0.397). Os resultados mostraram também nos dois centros associação significativa entre consumo de risco de tabaco e consumo de risco do álcool (p value=0.000 e 0.003) o que não se verificou em ASA (p value= 0.962).

As variáveis idade, ocupação profissional, nível de escolaridade, não mostraram associação significativa ao consumo de risco do álcool mas mostraram associação significativa ao consumo do álcool nos últimos 3 meses. Mas o consumo do álcool nos últimos 3 meses não mostrou associação significativa ao consumo do tabaco nos últimos 3 meses.

Espera-se que os resultados possam subsidiar a política de luta contra o álcool, no sentido de implementar acções que possam prevenir os danos à saúde e outras consequências resultantes do consumo abusivo do álcool.

Palavras chave: Álcool, ASSIST, rastreio e intervenções breves, Cuidados Primários, Detecção precoce

Abstract

To determine the prevalence and consumption profile of populations revealed as important elements for establishing plans and intervention programs in attention to problems related to alcohol consumption.

This cross-sectional study on a sample of users of primary health care was aimed to determine the prevalence of alcohol consumption in two health centers in an urban area, (Achada de Santo António and Achadinha) in the capital and a health center in a rural area (Picos), in the island of Santiago's countryside.

The instrument used to assess the intake of medium and high risk alcohol was the ASSIST. We interviewed 302 users in three health centers.

The results showed lifetime prevalence of 86.4% and in the last 3 months of 62.3%. It showed that men were superior to women in consumption in both health centers of Achadinha (p value=0.002) and Picos (p value=0.000). In Achada de Santo António, the difference between men and women was not statistically significant (p value = 0.397). The results also showed the two centers had a significant association between risk of tobacco consumption and risk consumption of alcohol (p value = 0.000 and 0.003) which was not found in ASA (p value = 0.962).

There was no association between the variables (age, professional occupation, and educational level) and risk of alcohol consumption, but they showed a significant association with alcohol consumption in the last 3 months. On the other hand, the consumption of alcohol in the last three months showed no significant association with the consumption of tobacco in the last 3 months.

It is hoped that the results may support the policy against alcohol, may implement actions that can prevent damage to the health and other consequences resulting from alcohol abuse.

Keywords: Alcohol, ASSIST, screening and brief interventions, Primary Care, Early Detection

Resumen

Conocer la prevalencia y el perfil de consumo de las poblaciones constituye uno de los elementos importantes para el desarrollo de Planos y Programas de intervención en relación a los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El presente estudio transversal, recoge una muestra de pacientes de los cuidados primarios de salud que tuvo como objetivo conocer la prevalencia del consumo de alcohol en dos centros de salud en una zona urbana (Achada de Santo António y Achadinha) en la capital del país y en un centro de salud de una zona rural (Picos), en el interior de la isla de Santiago.

El sistema utilizado para avaliar el consumo medio y de alto riesgo de alcohol fue el ASSIST. Fueron entrevistados 302 pacientes en tres centros de salud. Los resultados muestran una prevalencia a lo largo de la vida de un 86,4% y en los últimos meses de un 62,3%. Con respecto a los hombres, estos tenían un consumo superior con respecto a la mujeres en el centro de salud de Achadinha (p valor=0.002) y en Picos (p valor=0.003). En Achada de Santo Antonio la diferencia entre hombre y mujeres no fue estadísticamente significativa (p valor 0.397)). Los resultados muestran también en los dos centros una asociación significativa entre el consumo de riesgo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol (p valor= 0.000 Y 0.003) lo que no se verifico en ASA (p valor= 0.962)

Las variables edad, ocupación profesional, nivel de escolaridad, no mostraron asociación significativa en el consumo de riesgo de alcohol pero mostraron una asociación significativa en el consumo de alcohol en los últimos tres meses. Pero el consumo de alcohol en los últimos tres meses no mostro asociación significativa con respecto al consumo de tabaco en los últimos tres meses.

Se prevee que los resultados puedan subvencionar políticas de lucha contra el consumo de alcohol, en sentido de poder desarrollar acciones que puedan prevenir los danos en la salud y otras consecuencias resultado del abuso de alcohol.

Palabras clave: Alcohol, ASSIST, cribado e intervenciones breves, Cuidados Primarios, Detección precoz.

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Drogas consumidas.....	70
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por centros pesquisados, segundo a necessidade de intervenção (pelo ASSIST), em relação ao consumo do álcool	72
Gráfico 3 – Consumo do álcool nos últimos 3 meses.....	78
Gráfico 4 – Consumo do álcool por faixa etária nos últimos 3 meses.....	80

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo algumas variáveis de estudo, selecionado nos 3 centros.....	69
Tabela 2 – Consumo do álcool por centro de saúde.....	71
Tabela 3 – Perfil dos inquiridos segundo a necessidade de intervenção e teste de associação (dependência).....	73
Tabela 4 – Efeito bruto de cada uma das variáveis selecionadas sobre o consumo, necessidade de intervenção, regressão logística simples (odd ratio).....	75
Tabela 5 – Efeito líquido de cada uma das variáveis selecionadas sobre o consumo e a necessidade de intervenção, regressão logística múltipla (odd ratio).....	77
Tabela 6 – Consumo do álcool nos últimos 3 meses/centro de saúde.....	79
Tabela 7 – Chi-square tests/centro de saúde.....	79
Tabela 8 – Consumo do álcool nos últimos 3 meses/Idade.....	80
Tabela 9 – Chi-square tests/Idade.....	81
Tabela 10 - Consumo do álcool nos últimos 3 meses/escolaridade.....	81
Tabela 11 – Chi-square tests/escolaridade.....	82
Tabela 12 - Consumo do álcool nos últimos 3 meses/profissão.....	83
Tabela 13 – Chi-square tests/profissão.....	83
Tabela 14 - Consumo do álcool nos últimos 3 meses/sexo.....	84
Tabela 15 – Chi-square tests/sexo.....	84
Tabela 16 - Consumo do álcool nos últimos 3 meses/estado civil.....	85
Tabela 17 – Chi-square tests/estado civil.....	85
Tabela 18 - Consumo do álcool nos últimos 3 meses/consumo do tabaco últimos 3 meses.....	86
Tabela 19 - Chi-square tests/consumo do tabaco últimos 3 meses.....	86

Índice

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract.....	IV
Resumen.....	V
Índice de gráficos.....	VI
Índice de tabelas.....	VII
Índice.....	VIII
Siglas.....	IX
Introdução.....	1
1.1. Definição de alguns conceitos.....	2
1.2. Comorbidade entre alcoolismo e outras perturbações mentais.....	6
1.3. Recomendações do Comité de peritos.....	8
2.1. Situação mundial.....	13
2.2. Situação na região Africana.....	19
2.3. Situação em Cabo Verde.....	22
3.1. Rastreio e Intervenções Breves.....	31
3.2. O instrumento de rastreio ASSIST.....	37
3.3. ASSIST e Intervenções Breves.....	52
3.4. Intervenções precoces e Cuidados Primários de Saúde.....	55
4.1. Justificativa.....	58
4.2. O Sistema Nacional de Saúde.....	59
4.3. Objectivos gerais.....	65
4.4. Objectivos específicos.....	65
4.5. Metodologia.....	65
4.6. Resultados.....	70
4.7. Discussão.....	88
4.8. Conclusões	91
4.9. Referências bibliográficas.....	97
Anexo A – Parecer do Comité Nacional de Ética em Pesquisa.....	104
Anexo B – Termo do consentimento livre e esclarecido.....	105
Anexo C – Questionário ASSIST.....	107

Siglas

ASA – Achada de Santo António
ASSIST – Alcohol Smoking Substance Involvement Screening Test
AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test
CNDS – Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CVE – Escudos caboverdeanos
DNT – Doenças não transmissíveis
HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto
IB – Intervenções Breves
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS – Política Nacional de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas constituem importantes causas de morbilidade e mortalidade em vários países no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica estas substâncias entre os 20 fatores de risco de doenças e o consumo do álcool está entre os dez principais (OMS, 2004).

A carga mundial de morbilidade que é atribuída ao consumo do álcool representa 4,5 % da carga global das doenças, em 2004. O consumo nocivo é um importante factor de risco evitável para as doenças neuropsiquiátricas e outras doenças não transmissíveis como doenças cardiovasculares, cirrose hepática e cancer (WHO, 2010). Os distúrbios neuropsiquiátricos ligados ao consumo do álcool representam 34% da carga de morbilidade e incapacidades atribuídas ao álcool.

O consumo do álcool está ligado a mais de 60 problemas de saúde aos quais se acrescentam ainda problemas ligados a outros domínios, além da saúde (OMS, 2008).

Os custos económicos do uso abusivo do álcool devido às mortes, novos casos, taxas de hospitalizações, despesas com tratamento, perda de produtividade e os custos relativos aos crimes associados ao álcool quando contabilizados, representam um enorme peso para as sociedades (Gordis, 2000). Estes custos para as comunidades ultrapassam de longe o domínio da saúde. Na avaliação destes custos é usual distinguir os custos médicos directos como os com tratamentos, os não médicos como a criminalidade ou acidentes de viação e os custos indirectos como as potenciais perdas de rendimento ou de produção ligadas à morbilidade e à mortalidade prematura. Estudos realizados nos Estados Unidos em 1992 e a projecção para 1998, estimavam em 148 biliões de dólares o custo do alcoolismo e suas consequências. Os autores estimavam que mais de 70% dos custos são atribuídos à perda de produtividade e os custos com a saúde representavam 14,3% (Harood et al. 1998). Em França estudos realizados avaliaram em 17,6 biliões de euros os custos económicos do álcool. As despesas com a saúde correspondiam a 15% enquanto as perdas de rendimento e produção chegavam aos 50% e as despesas resultantes dos acidentes de viação com os seguros atingiam os 20% (Alimi, Chenu, 2003).

A estes custos acrescentam-se o sofrimento humano dos indivíduos e das famílias, cujo preço é incalculável.

Dados relativos a países europeus revelam que enquanto o valor médio da produção de bebidas alcoólicas representa 2% dos produtos nacionais brutos (PNB), o custo económico dos problemas relacionados com o seu consumo chega a 5 a 6% (Carvalho, 2004).

A importância dos custos sociais ligados ao consumo abusivo do álcool em relação aos custos sanitários sustenta a necessidade de abordar este problema nesta dupla dimensão social e sanitária e numa perspectiva de saúde pública.

Vários estudos tem demonstrado a rentabilidade da detecção e intervenção precoce na redução do consumo de risco, numa óptica de prevenção secundária. As intervenções breves tem revelado ser eficazes principalmente nos indivíduos com padrão de uso abusivo e nocivo, sem dependência do álcool (Alimi, Chenu, 2003).

No âmbito das respostas e intervenções para os problemas relacionados com o álcool, vários instrumentos de rastreio foram validados e o ASSIST (Alcohol Smoking Substance Involvement Screenig Test) foi validado numa ampla variedade intercultural.

É, atendendo a esta realidade, sustentada por dados mundiais e a projecção para o país, associado à existência deste instrumento de fácil utilização que decidimos por este estudo, numa população nos cuidados primários de saúde com vista a, baseando nas necessidades reais e com os recursos existentes, delinear uma proposta de intervenção. Esta proposta que se adequa à visão da saúde definida na Política Nacional da Saúde/PNS 2020, como “um factor de desenvolvimento global, de justiça social e de luta contra a pobreza, baseada nos princípios de solidariedade, com partilha das responsabilidades de equidade no acesso e na utilização dos serviços e de ética na defesa da dignidade humana” (PNDS, 2008, p.2).

1.1. Definição de alguns conceitos

Quando se fala em álcool está se a referir à substância etanol ou álcool etílico que é a principal componente das bebidas alcoólicas e cuja fórmula química é $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ e as bebidas alcoólicas são aquelas que contêm álcool (Ferreira-Borges, Filho 2004). A definição legal de bebidas alcoólicas refere à quantidade de álcool por volume e apesar de geralmente não ser considerada

um domínio nas políticas de controle do álcool, pode ter importantes repercussões nesta matéria. Esta definição varia com os países indo de 0.1 a 12% de álcool por volume e há alguns países que declaram não ter uma definição (WHO, 2004).

O álcool é uma droga legalizada e comercializada em muitas sociedades, fazendo mesmo parte dos hábitos alimentares e humanos. Trata-se de um elemento quase indissociável dos eventos sociais e recreativos. O consumo de bebidas alcoólicas não produz problemas individuais nem sociais per si, contudo quanto mais o seu uso se alarga, maior é o número de pessoas que apresentam problemas como consequência do seu uso (Ferreira-Borges, Filho 2004).

O álcool pode provocar nos consumidores danos médicos, psicológicos e sociais pelo seu potencial de toxicidade física, intoxicação ou dependência. É uma substância tóxica por afectar directa ou indirectamente vários órgãos e sistemas do organismo (WHO, 2011). A intoxicação está na origem dos principais danos que afectam a população como violência, acidentes rodoviários e outras lesões. Os critérios de diagnóstico para intoxicação pelo álcool são os seguintes:

- A. Ingestão recente de álcool
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas (comportamento sexual ou agressivo desadequado, labilidade do humor, perturbações do humor, perturbações do discernimento, diminuição do funcionamento social ou ocupacional) que ocorrem durante ou pouco depois da ingestão do álcool.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, durante ou pouco depois da utilização do álcool:
 - 1) Discurso empastado
 - 2) Descoordenação
 - 3) Marcha instável
 - 4) Nistagmo
 - 5) Défices na atenção ou memória
 - 6) Estupor ou coma

D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental (DSM –IV, APA,1994).

A dependência surge na sequência de exposição repetida ao álcool o que faz com que quanto maior o consumo maior é o risco (Babor, 2009).

Estudos revelaram que o padrão de consumo é um importante indicador das consequências do uso nocivo do álcool e que as intervenções no sentido de diminuir a quantidade ou frequência do consumo podem reduzir os riscos dos problemas relacionados com o álcool (Babor, Grant 1992). Estudos mostraram por exemplo que nas pessoas que consomem cinco bebidas alcoólicas ou mais por ocasião, era aumentada em quase duas vezes a probabilidade de morte devido a acidentes, comparando com as que consomem menos de cinco bebidas numa mesma ocasião. Foi também demonstrado que os problemas relacionados com o álcool estavam associados tanto às quantidades médias diariamente consumidas como também à frequência das intoxicações.

É importante proceder à distinção entre “uso”, “abuso” e “dependência”.

O termo “uso” é utilizado em relação a todo o consumo de bebidas alcoólicas. A expressão “uso de álcool de baixo risco” é utilizada quando se refere a um consumo que se enquadra nas directrizes legais e clínicas não havendo probabilidade de resultar em problemas relacionados com o álcool. O termo “abuso do álcool” é um termo de âmbito geral referente a qualquer nível de risco, desde consumo de risco até à dependência do álcool.

A síndrome da dependência do álcool consiste num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos com critérios estabelecidos tanto pela Classificação Internacional das Doenças da OMS CID-10 como pelo Diagnóstico estatístico das doenças mentais – DSM -IV, da APA. O diagnóstico de dependência só é efectuado se tiver sido evidenciado pelo menos 3 dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

- forte desejo ou sentimento de compulsão por beber
- perda de controle no consumo de bebidas alcoólicas no que diz respeito ao início, paragem ou níveis de consumo.
- estado de abstinência fisiológica com a paragem ou redução do consumo da bebida alcoólica ou utilização da bebida alcoólica para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência

- evidências de tolerância, ou seja, necessidade de aumentar a dose de ingestão do álcool para se conseguir os mesmos efeitos que anteriormente
- desleixo progressivo de actividades de lazer ou alternativos devido ao consumo do álcool
- continuação do consumo apesar das evidências das consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo do álcool, humor deprimido ou perturbação das funções cognitivas (OMS, 1992).

Tendo em conta que o abuso de álcool pode provocar problemas clínicos ainda que não haja dependência, a CID -10 introduziu a noção de “consumo nocivo” definido como um padrão de consumo de bebidas alcoólicas que já está a provocar danos á saúde. Esses danos podem ser físicos ou mentais. Um outro conceito, embora não constante no CID-10 mas importante para o rastreio é o “consumo de risco” que é um padrão de consumo do álcool que traz associado consequências nocivas para o indivíduo. Essas consequências podem ser no domínio da saúde física ou mental ou ainda a nível social para o próprio indivíduo ou terceiros (Babor, Higgins-Biddle 2001).

Entre as consequências do consumo do álcool encontram as alterações do comportamento. Estas variam com a idade, peso, sexo, experiências anteriores com o álcool e o nível de tolerância. Nos indivíduos não tolerantes, os resultados do consumo podem ir desde ligeiras dificuldades de coordenação motora, sentidos e humor com baixas doses até amnésia e estágio 1 de anestesia com níveis no sangue superior a 300mg de álcool/100ml no sangue. Mesmo com concentrações de álcool relativamente baixas observam-se problemas de funcionamento cognitivo e motor. Entre 20-99mg/100ml nota-se já défice de coordenação e euforia. De 100 a 199mg/100ml resulta em descoordenação, défice de cognição, perturbações do discernimento, labilidade do humor. Entre 200-299 observa-se descoordenação acentuada, discurso empastado, défice do raciocínio, labilidade do humor, náuseas e vômitos. Com níveis a partir dos 400mg/100ml pode resultar em insuficiência respiratória, coma e morte. É de interesse notar que 100mg% são equivalentes a 0,1g/100ml e que uma bebida normal contém cerca de 8-12 g de álcool absoluto e um mínimo de 70 calorias o que provoca um aumento da

concentração do álcool no sangue de cerca de 15-20 mg/dl. Essa quantidade é metabolizada numa hora (Schuckit, 1998). Considerando as diferenças individuais é de ter em atenção estes aspectos na prevenção das consequências nocivas nomeadamente em situações particulares como na condução.

1.2. Comorbilidade Alcool e outras Perturbações mentais

A comorbilidade ou diagnóstico duplo foi designado pela OMS em 1995 como a co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica.

Cerca de 30-50% dos pacientes em tratamento psiquiátrico na Europa sofre ao mesmo tempo de distúrbios mentais e de perturbações causadas pelo consumo de substâncias, particularmente o álcool, os sedativos ou a cannabis (Fridell, Nilson, 2004).

Estudos mostraram alta taxa de comorbilidade entre distúrbios por uso de substâncias psicoactivas e primeiro episódio psicótico. Entre 40-74% dos indivíduos com o primeiro episódio psicótico tem uma história de distúrbios ligados ao consumo de substâncias psico activas e entre estas estão referidas cannabis, álcool e anfetaminas. O mesmo estudo demonstrou associação significativa entre uso de substâncias com sintomas psicóticos positivos mais severos, sintomas negativos menos severos, elevadas taxas de recaídas, funcionamento empobrecido (Hides et al. 2009).

Existem várias hipóteses que visam explicar a co-ocorrência das doenças mentais e farmaco-dependências, entre as quais, a existência de uma base neurológica semelhante, o consumo de substâncias poder concorrer para o alívio de alguns dos sintomas da doença mental ou dos efeitos secundários dos medicamentos ou ainda o consumo de substâncias poder desencadear doenças mentais ou provocar alterações biológicas que têm elementos em comum com doenças mentais. Existem algumas evidências a sustentar estas hipóteses. Os efeitos de muitas substâncias psicoactivas, nomeadamente o álcool, podem provocar síndromes psiquiátricas. Muitas alteram o humor, produzindo euforia ou sentimentos de felicidade ou sintomas depressivos, particularmente durante a abstinência. Podem também alterar a função cognitiva o que constitui um aspecto central de muitas doenças mentais. Todos

estes factores são sugestivos da existência de uma base neurológica comum entre doenças mentais e farmacodependências. No que diz respeito à dependência do álcool, para as pessoas com algum transtorno mental, a prevalência durante a vida é de 22% quando para a população geral é de 14%. A probabilidade de dependência do álcool nas pessoas com algum transtorno mental é 2,3 vezes maior do que na ausência de transtorno mental. Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que as taxas de prevalência da depressão nas pessoas com dependência do álcool situava-se entre 38 a 44% enquanto que para os não dependentes era de 7%. Por outro lado 80% das pessoas dependentes do álcool apresentam sintomas depressivos. Foi também demonstrado que pessoas dependentes do álcool e com depressão mostravam menores taxas de recaída quando tratadas com antidepressivos (OMS, 2004).

As pessoas com dependência do álcool têm também 3,3 vezes mais probabilidades de também terem esquizofrenia. As pessoas esquizofrénicas tem 3,8 vezes mais probabilidade de serem dependentes do álcool do que a população geral (OMS, 2004).

Estudos realizados no Reino Unido, em pacientes psiquiátricos revelaram também ligação entre resultados que indicam uso nocivo do álcool no test AUDIT e ideação suicida. Dos pacientes com ideação suicida que fizeram parte do estudo 70% pontuavam 8 ou mais no teste e os com pontuação igual ou superior a 16 chegava a 86,7% (MacCloud et al. 2004).

É também de interesse notar que as comorbilidades podem influenciar a resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação. No caso da depressão por exemplo pode haver interferência na motivação para a abstinência de álcool e outras drogas (Castro, Passos, 2005).

É neste sentido que, Fridell e Nilson avançam as seguintes considerações relativas à toxicodependência, de interesse para os pacientes com problemas relacionados com o álcool:

- Os pacientes com comorbilidades muitas vezes sofrem também de vários outros problemas mentais, físicos e sociais que devem ser identificados e diagnosticados
- A importância para a eficácia do tratamento de se seguir as práticas baseadas em factos bem como o planeamento e a gestão individual

- Os pacientes com comorbilidades necessitam de serviços cuidadosamente integrados para que o tratamento tenha resultados positivos. A gestão de casos constitui uma abordagem particularmente eficaz para estes pacientes
- A formação a todos os níveis é necessária para reforçar a capacidade do pessoal em lidar com pacientes que sofrem de comorbilidade de uma forma global e aumentar a eficácia do tratamento
- Os serviços de tratamento coordenados, integrados e flexíveis baseados em provas científicas e acompanhados regularmente contribuem para diminuir a rotatividade do pessoal e aumentar a relação custo-eficácia.
- Os esforços de assistência pós-tratamento e de reinserção social são importantes no sentido de evitar recaídas e a necessidade de novos tratamentos mais dispendiosos (Fridel, Nilson, 2004).

Estes dados e considerações sustentam a necessidade de uma atenção global e integrada no âmbito da atenção aos problemas de saúde mental com medidas para reforçar a capacidade de respostas e que contribuam para que todos possam atingir o mais alto nível de bem estar físico e mental.

1.3. Recomendações do Comité de peritos

A OMS tem estado envolvida na documentação dos problemas relacionados com o álcool desde 1974, com o primeiro relatório mundial sobre o álcool publicado em 1999 e o segundo em 2004. Neste sentido os países no mundo e as diferentes regiões vem fornecendo dados sobre as consequências do uso do álcool na saúde (WHO, 2011). Mas desde a publicação do Relatório sobre a saúde no mundo, 2002 “Reduzir os riscos e promover uma vida saudável”, a OMS vem reforçando a atenção aos malefícios provocados pelo álcool no mundo e ao papel do consumo do álcool como importante factor de risco para a saúde. Todos os estados membros das diferentes regiões da OMS tem manifestado preocupações em relação aos problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool. No sentido de atender a estas preocupações, a OMS reuniu um Comité de peritos para os Problemas ligados ao Consumo do Álcool visando analisar os problemas de saúde pública atribuídos ao consumo do álcool bem como os dados empíricos e científicos

que sustentem a eficácia das diferentes opções estratégicas e formular recomendações técnicas sobre as políticas e intervenções eficazes para minimizar as consequências nefastas do álcool. Já em 1979 este Comité no seu relatório, após a análise feita, tinha recomendado que fosse dada prioridade à prevenção e que os novos investimentos relativos ao tratamento fossem consagrados à implementação de serviços pouco dispendiosos e com boa relação custo/eficácia. Este mesmo relatório chamava a atenção para a ligação entre os efeitos nocivos do consumo do álcool e o nível do consumo dos indivíduos e das populações apelando os governos a fazerem reduzir o consumo através de medidas limitando a oferta de bebidas alcoólicas, medidas educativas visando a redução da procura e medidas legislativas (OMS, 2007).

A relação entre o consumo de álcool e a saúde e consequências sociais é complexa e multidimensional. É assim que as medidas que visam reduzir os malefícios sanitários e sociais do consumo do álcool podem envolver qualquer sector governamental ou da sociedade e integrar disposições que não se concentrem directamente no consumo do álcool. As estratégias de intervenção eficazes para reduzir os malefícios do álcool provêm de reflexões de diferentes departamentos, instituições sociais e profissionais da função pública e supõem também a intervenção de diferentes teorias relativas aos modos de acção das intervenções estratégicas. Assim umas medidas subentendem efeitos dissuasivos, outras visam influenciar a demanda do consumidor ou ainda agir sobre a mudança de comportamentos. De entre as medidas propostas pelo Comité de peritos destacam-se:

- Medidas que visam reduzir a disponibilidade do álcool

Sugere-se o monopólio por parte do governo das actividades de produção, distribuição e venda de bebidas alcoólicas como exemplo de controle, o que permite manter eficazmente a um nível baixo a percentagem dos malefícios do álcool

- Medidas relativas ao preço do álcool e taxas sobre o álcool

Quando o preço do álcool aumenta há uma diminuição do consumo e os malefícios do álcool, e este efeito é particularmente notado junto aos jovens mas também dos bebedores excessivos.

- Restrição da venda do álcool

A interdição de beber em determinados lugares ou situações, como no trabalho por exemplo, a fixação de uma idade mínima para comprar bebidas alcoólicas diminuem os efeitos nefastos do álcool.

- Regulamentação do contexto no qual se consome álcool

Medidas visando modificar o ambiente de consumo, garantindo maior segurança nos locais com vista a diminuir a violência, com a colaboração dos estabelecimentos de venda, podem também reduzir as consequências negativas do consumo.

- Restrições ao marketing do álcool

O apelo vai aos governos no sentido de controlarem o marketing de um produto com sérias incidências na saúde pública.

- Medidas contra o álcool ao volante

A fixação da taxa de álcool no sangue para os condutores e controles regulares efectuados pela polícia reduzem os acidentes e mortes ligadas ao álcool.

- Educação e persuasão

Diversas estratégias de sensibilização e persuasão das pessoas quanto aos perigos do álcool com vista a reduzir os efeitos nefastos do álcool, com as campanhas de informação embora com efeitos positivos a nível de um melhor conhecimento, não permite prever efeitos duráveis sobre o comportamento, quando existem em oposto campanhas agressivas com mensagens a favor do álcool e a esse aspecto deve ser dada a devida atenção nas intervenções a serem implementadas.

- Serviços de intervenção e tratamento precoces

Os sistemas de saúde devem desenvolver programas de atenção aos utentes com problemas relacionados com o álcool, bem como às comorbilidades associadas tanto de ordem física como mental. A implementação destes programas tem importantes efeitos relativos ao consumo excessivo com melhoria dos resultados nos que beneficiam do tratamento precoce, quando comparados aos que não receberam tratamento.

Estas estratégias embora essencialmente testadas em países de alto rendimento, mostraram ser eficazes em diminuir os problemas relacionados com o álcool e algumas, nomeadamente as intervenções breves no contexto

dos cuidados primários de saúde podem resultar, mesmo em situações socioculturais diferentes, sendo contudo necessário mais pesquisas (Roerecke, et al. 2008).

Em relação á elaboração de uma política em matéria de álcool, segundo o Comité de peritos, o principal objectivo de uma tal política é a promoção da saúde pública e o bem estar social, com implicações junto às crianças dissuadindo-as de consumir álcool e protegendo os não consumidores dos malefícios do álcool. As políticas que conseguem bons resultados devem apresentar algumas características, como ter objectivos claros, planos de gestão, informações sólidas e uma revisão regular, ter em conta os valores culturais e as experiências históricas do país e sobretudo fazer participar activamente os diferentes sectores públicos implicados nas questões relacionadas com o álcool e seus malefícios.

Como todas as políticas que visam a melhoria da saúde pública, a elaboração de uma política em matéria de álcool precisa de um conjunto de conhecimentos sólidos e as estratégias devem basear-se em pesquisas científicas sólidas devendo por isso a comunidade científica estar implicada e os dados disponíveis, quando necessários. Há ainda a necessidade de mecanismos sistemáticos que permitem que os novos elementos fornecidos pela pesquisa possam efectivamente ser introduzidos na política e na prática. A investigação tem um papel fundamental na política relativa ao álcool.

A implementação de uma política nacional relativa ao álcool é uma tarefa multisectorial e constitui evidência que políticas levadas a cabo em outros , sectores que não a saúde podem ter efeitos relacionados com o potencial de utilização nociva do álcool. Os agentes dos cuidados de saúde podem desempenhar um importante papel na redução dos malefícios do álcool principalmente quando defendem as políticas em matéria de álcool. Um outro agente importante são as organizações não governamentais sendo componentes essenciais da sociedade civil moderna, podendo intervir na sensibilização.

Um sistema de coordenação eficaz e permanente, constituído por representantes a alto nível dos ministérios e outros parceiros implicados, é indispensável para garantir que uma abordagem coerente seja adoptada em relação às políticas sobre o álcool e que os objectivos sejam fixados e atingidos. A implementação das políticas nacionais devem contemplar planos de acção nacionais mas também á escala regional e municipal, com objectivos, estratégias e alvos bem definidos.

Nas conclusões relativas á elaboração de uma política em matéria de álcool, o Comité sublinha a existência de interesses em competição, com a implicação de vários sectores e a necessidade de uma política a diferentes níveis. Estima ainda que embora se tratando de uma responsabilidade dos poderes públicos não quer dizer que estes devam financiar e fornecer todas as intervenções. Contudo o Comité conclui “que o governo de um país através do seu ministério da saúde, deve assumir a responsabilidade principal para garantir o fornecimento à comunidade de uma conduta eficaz da política em matéria de álcool, principalmente através de um plano de acção tendo objectivos, estratégias e alvos claros”(OMS, 2007,p.46) Conclui ainda sobre a necessidade dos governos estarem conscientes de que a política em matéria do álcool seja implementada nas melhores condições, nos níveis local e municipal incluindo a reflexão sobre o momento mais apropriado para acções colectivas à escala regional e mundial.

Atendendo às implicações internacionais da luta contra o álcool, o comércio e os acordos comerciais internacionais não devem, apesar disso, levar os Estados a negligenciar as consequências graves para a saúde pública que certos acordos comerciais possam representar e terem presente estes desafios, por vezes sendo necessário empregar argumentos a favor da protecção da saúde humana, capazes de contornar as regras da Organização Mundial do Comércio (OMS, 2007).

2.1. Situação mundial

A OMS estima que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas e que cerca de 76,3 milhões tem diagnóstico de problemas relacionados com o álcool (WHO, 2004). Numa perspectiva de saúde pública, a carga da mortalidade e morbilidade relacionada com o consumo do álcool é significativa. O álcool foi responsável por 3,8% (2,5 milhões) de mortes no mundo, em 2004, mais do que o SIDA e a tuberculose (WHO, 2010). Está entre os três principais factores de risco de morte prematura e incapacidades no mundo. Constitui o principal factor de risco de morte nos homens com idade compreendida entre os 15-59 anos. Cerca de 6,2% de todas as mortes nos homens são atribuídas ao álcool, e 1,1% nas mulheres.

Os mais altos níveis de consumo encontram-se nos países desenvolvidos, na Europa Ocidental e do Leste, mas também na Argentina, Austrália e Nova Zelândia. Os níveis de consumo médio se verificam na África Austral onde a Namíbia e a África do Sul apresentam os níveis mais elevados. Nos países do Norte da África, da África sub saariana, da região do mediterrâneo oriental, do Sul da Ásia e do oceano indico encontram-se os mais baixos níveis de consumo (WHO, 2011).

O consumo per capita de bebidas alcoólicas a nível mundial, em 2005, foi estimado em 6,13 litros de álcool puro por pessoa com idade de 15 anos ou mais. Estima-se também que 28,6% destas bebidas alcoólicas consumidas, o que equivale a 1,76 litros por pessoa, provêm de produção ilegal ou não declarada às autoridades, o que contribui para aumentar os riscos para a saúde (WHO, 2011).

Nos países desenvolvidos há um maior consumo, sem que os maiores problemas relacionados com o consumo se verifiquem também nesses países, particularmente devido ao facto que o consumo do álcool produzido ilegalmente e sem estar submetido ao controle das autoridades é significativamente mais baixo nos países desenvolvidos.

A nível mundial 45% da população nunca consumiu álcool. Quase metade dos homens e mais de dois terços das mulheres não consumiram álcool no ano anterior, em 2005. As taxas de abstenção são baixas nos países de alto rendimento e alta nos países do Norte da África e do Sudeste asiático com larga população de Musulmanos. A diminuição dos níveis de abstenção tem

impacto nas consequências resultantes do uso nocivo do álcool (WHO, 2010). Daí o interesse de, numa perspectiva de saúde pública, prestar atenção aos níveis de abstenção nos países e reforçar este comportamento tendo em conta que quando os níveis de abstenção diminuem num país, aumentam as consequências resultantes do uso nocivo do álcool.

Em todo o mundo, não apenas os que consomem álcool são vítimas das consequências do uso do álcool mas também outras pessoas próximas ou da comunidade como nos casos de violência ou agressões. (WHO, 2004).

O álcool está ligado aos acidentes de viação mas está também fortemente associado aos acidentes domésticos, acidentes de trabalho, brigas, afogamentos (Alimi, Chenu, 2003).

Enquanto nos últimos anos, do século passado tem se assistido a uma diminuição do consumo do álcool nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento regista-se um aumento, em particular na região do Pacífico Ocidental (OMS, 2004). Desde 1990 se assistiu a uma estabilização no consumo per capita a volta de 4.3 - 4.7 litros de álcool puro por pessoa, em todas as regiões da OMS. Após uma ligeira diminuição no início dos anos 1990, na região europeia, o consumo per capita aumentou de novo, se situando à volta dos 9.5 litros. Na região das Americas onde se verificou uma diminuição do consumo no início dos anos 90, se estabiliza no novo milénio ao nível de 6,7 litros. O aumento que se verificou no final do século passado na região do Pacífico Ocidental tende a uma estabilização à volta dos 4.7 litros.

Registou-se também mudanças em relação à política do combate ao álcool, que passou a ser assumida como um importante instrumento na melhoria da saúde pública, particularmente nos países com mais recursos. Nos últimos tempos tem-se assistido a um crescente aumento do interesse prestado aos estudos científicos relativo às políticas de combate ao álcool enquanto um importante instrumento no combate às consequências para a saúde e problemas relacionados com o álcool, o que faz com que as autoridades estejam mais capacitadas e informadas quanto à escolha das políticas do combate ao álcool, baseando em evidências científicas (WHO, 2004).

Nesta perspectiva de saúde pública, importantes publicações vieram sublinhar que os problemas relacionados com o álcool podem ser prevenidos e que os governos, agências internacionais e organizações podem assumir um papel mais consistente na política de combate às consequências do uso nocivo do álcool. Os autores definiam a política de controle do álcool como importantes estratégias definidas pelos estados no sentido de controlar a disponibilidade das bebidas alcoólicas, sem ter em conta aspectos como mudança de atitude, educação para saúde ou controle social. Em documentos posteriores outros autores apresentavam definições mais inclusivas de política de controle do álcool, considerando-a uma resposta de saúde pública baseadas em influências nacionais e históricas. Assim, esta política compreendia aspectos como taxas sobre o álcool, restrições legislativas sobre a disponibilidade do álcool, idade para o consumo de bebidas alcoólicas, campanhas de informação nos média e educação sobre o álcool, medidas relacionadas com o álcool em contextos específicos ou em situações particulares como álcool e condução.

Neste sentido, a política do álcool pode então ser definida como medidas implementadas visando controlar a oferta e redução da demanda de bebidas alcoólicas na população o que inclui programas educativos e de tratamento, estratégias de redução dos malefícios do álcool. Os principais objectivos de uma tal política deve ser em primeiro lugar os interesses da saúde pública e o bem estar social pelo impacto na saúde e determinantes sociais como o padrão de consumo, ambiente de consumo e os serviços de saúde disponíveis para o tratamento de problemas relacionados com o álcool (WHO, 2004).

Segundo autores como Goodfray e Maynard, as várias opções de política disponíveis, com vista à redução das consequências negativas para a saúde pública resultantes do consumo do álcool podem ser organizadas em 3 grupos: políticas baseadas na população, políticas direccionadas para os problemas e intervenções directas.

O primeiro grupo seriam políticas que visam mudar os níveis de consumo na população. Estariam incluídas neste grupo a implementação de taxas sobre bebidas alcoólicas, diferentes tipos de restrições relacionadas com a distribuição, venda ou consumo de bebidas alcoólicas, promoção de bebidas não alcoólicas, campanhas de promoção da saúde, intervenções nas escolas. Estas acções se dirigem normalmente a todos os que consomem álcool e não

apenas aos bebedores problemáticos. Contudo exceptuando as campanhas de promoção da saúde e programas nas escolas, as outras constituem políticas cuja eficiência, segundo os autores tem sido mais claramente demonstradas.

No segundo grupo estariam incluídas as políticas que dizem respeito especificamente a problemas relacionados com o álcool, como por exemplo álcool e condução, traduzida em acções de controle nas estradas, álcool e violência. Nestes casos estariam implicados sobretudo os bebedores problemáticos.

O terceiro grupo de políticas diz respeito aos indivíduos com problemas relacionados com o álcool e estariam aqui envolvidas as intervenções no domínio do tratamento o que muitas vezes diz respeito aos que apresentam os mais graves problemas (WHO, 2004).

Nota-se que anteriormente propunha-se por objectivo reduzir o consumo per capita de bebidas alcoólicas na população geral enquanto que as tendências internacionais mais recentes visam reduzir o consumo do álcool na população geral mas também são desenvolvidas acções no sentido de reduzir o consumo de risco em certos grupos alvos mais específicos. Em certos países os aspectos económicos e interesses comerciais podem ter um papel importante na possibilidade de influenciar a política relativa ao álcool. Em consequência depara-se muitas vezes com a incompatibilidade sublinhada por Babor entre por um lado os valores políticos e económicos relativos ao livre comércio e acesso a bebidas alcoólicas e por outro os valores da saúde pública, com a redução da demanda e dos riscos numa perspectiva de prevenção primária.

Um dos aspectos que pode dificultar a tomada de medidas mais consistentes no combate aos problemas resultantes do uso nocivo do álcool é que em muitos países o conceito de política do álcool não existe na terminologia oficial. O álcool encontra-se mais frequentemente definido a nível das políticas comerciais e agricultura do que no âmbito das políticas de saúde e sociais (WHO, 2004).

Actualmente estão disponíveis uma vasta gama de evidências científicas, resultantes de pesquisas que podem auxiliar as autoridades no sentido de tomarem as decisões e fundamentações políticas e vão no sentido das recomendações emitidas pelo Comité de peritos. De entre elas destacam:

- alta correlação entre consumo per capita e problemas relacionados com o álcool e efectivamente a diminuição do consumo per capita reduz os problemas relacionados com o álcool.
- sensibilidade da venda de bebidas alcoólicas aos preços praticados, quando os preços aumentam a demanda diminui e vice-versa.
- foi demonstrado que os bebedores pesados são sensíveis às medidas de política quer seja o aumento dos preços ou restrições relativas à disponibilidade do álcool ou outras regulamentações.
- as políticas que afectam padrões de consumo pela limitação do acesso ou estabelecendo limite legal à idade de consumo podem também reduzir os malefícios ligados a padrões de consumo específicos.
- as abordagens individuais para a prevenção como os programas escolares mostraram ter menor efeito sobre os padrões de consumo e problemas do que as abordagens que se dirigem à população e atuam sobre o ambiente de consumo e a disponibilidade de bebidas alcoólicas.
- as intervenções no domínio legislativo que diminuem as taxas de álcool permitido na condução, estabelecem a idade legal que permite o consumo de bebidas alcoólicas, controla a densidade dos pontos de venda de bebidas alcoólicas mostraram ser eficazes na redução dos problemas relacionados com o álcool.

Apesar destas evidências, em muitos dos países das várias regiões da OMS constata-se que poucas destas medidas são implementadas o que vai no sentido do que também foi encontrado que as evidências científicas são raramente traduzidas em políticas do álcool o que demonstra que apenas as evidências científicas não são suficientes para adoptar as medidas de política nesta matéria.

As estratégias de luta contra o álcool para serem implementadas com sucesso devem envolver vários intervenientes e parceiros e devem poder contar com o apoio da população, sobretudo quando implicam restrições, daí a importância de serem entendidas como contribuindo para a melhoria da saúde pública.

Neste sentido, em Maio de 2010, na 63^a Assembleia Mundial da Saúde, da OMS foi aprovada a estratégia global de luta contra os malefícios do álcool, estratégia que foi amplamente preparada com a colaboração de peritos das várias regiões da OMS, incluindo parceiros da sociedade civil, grupos

económicos. A luta contra o álcool é vista não apenas como uma questão de saúde pública mas também como uma questão de desenvolvimento uma vez que quanto mais baixo for o desenvolvimento económico e socioeconómico, maiores são os problemas de saúde relacionados com o álcool. O álcool aumenta as diferenças existentes, quanto à mortalidade e morbilidade, entre as pessoas pertencentes a estratos económicos mais baixos e os mais elevados. (WHO, 2011). Estudos realizados em vários países mostraram essa maior vulnerabilidade quanto á mortalidade, risco relativo para doenças relacionadas com o álcool nas pessoas originárias de estratos socio-económicos mais desfavorecidos. Nos países em desenvolvimento as pessoas são mais vulneráveis às consequências do uso nocivo do álcool (WHO, 2010). Os estados membros se comprometeram em apoiar as acções a serem desenvolvidas a todos os níveis, formular estratégias de combate aos problemas relacionados com o álcool, elaborar planos de acção. Cientes dos desafios que esse compromisso para reduzir os problemas relacionados com o uso nocivo do álcool representa foi igualmente assumido como uma grande oportunidade para melhorar a saúde e o bem estar social e reduzir a carga de mortalidade atribuída aos problemas relacionados com o álcool. Entre os principais desafios que devem ser tidos em atenção constam:

- Aumentar a acção global e a cooperação internacional – tratando-se de uma questão mundial que deve ser reconhecida no sentido de se encontrar as respostas adequadas a todos os níveis torna-se necessário uma orientação global e aumento da cooperação internacional de forma a apoiar e complementar as acções a serem levadas a cabo aos níveis regional e nacional.
- Garantir a acção intersectorial – atendendo à diversidade dos problemas relacionados com o álcool e as respostas necessárias para reduzir as consequências daí advenientes devem envolver diferentes sectores além da saúde tais como a justiça, o comércio, as políticas fiscais, a agricultura, a educação, o emprego, a sociedade civil, os operadores económicos.
- Prestar a atenção adequada – as autoridades devem prestar a devida atenção a estes problemas de forma a evitar o que se assiste particularmente nos países de baixo e médio rendimento onde o aumento da disponibilidade do

álcool o que implica aumento das consequências nocivas para a saúde contrasta com a capacidade existente para fazer face a estes problemas.

- Manter o equilíbrio entre diferentes interesses – na questão do álcool vários interesses estão em jogo e a protecção da saúde humana deverá sempre prevalecer
- Focalizar na equidade – é necessário que as políticas e programas a implementar tenham em conta a diminuição das desigualdades que afectam as pessoas com problemas relacionados com o álcool tanto entre os países como no interior dos países
- Ter em conta os contextos nos quais as acções são propostas - atendendo a que muitas das evidências foram testadas em países desenvolvidos embora umas possam também funcionar nos países em desenvolvimento, outras podem não ser transferidas para contextos diferentes, sendo assim importante ter em atenção as adaptações que se revelarem necessárias quando se trata de ambientes ou contextos diferentes.
- Reforçar a informação – a recolha dos dados relacionados com o álcool em todos os domínios é fundamental para o conhecimento da situação e permite adequar as estratégias de intervenção mas nesta matéria existem ainda muitas lacunas, particularmente nos países em desenvolvimento.

2.2.Situação na Região Africana

Na Região Africana, de uma forma geral os dados epidemiológicos e clínicos relacionados com o consumo e malefícios do álcool continuam raros (Roerecke et al. 2008). A escassez de dados também se reflete no fornecimento dos dados constantes no relatório global sobre as políticas relacionadas com o álcool. É assim que no relatório de 2004 dos 46 países da região OMS- África, apenas 27 responderam aos questionários e destes os dados fornecidos são muitas vezes incompletos ou parciais não abrangendo a cobertura nacional (WHO, 2004). Embora se possa constatar ainda muitas lacunas é de notar que para o relatório 2011 todos os países da região responderam aos questionários, sendo a única região da OMS onde 100% da população foi abrangida (WHO, 2011).

Os países relatam aumento dos problemas ligados ao consumo do álcool. A taxa de consumo varia entre os países da região tendo em conta as diferenças étnicas, culturais, religiosas, aceitação social.

Os problemas relacionados com o álcool devem-se também à importante produção de álcool caseira, não declaradas (WHO, 2011), uma realidade particularmente notável nos países em desenvolvimento (Mac Marsall, Riley L., 1999), em alguns países da África atingindo os 85-90% (WHO, 2002). Estas formas tradicionais de álcool são geralmente pouco controladas no plano da qualidade e grau de álcool presente o que provoca muitas vezes problemas de saúde devido às impurezas e outros produtos adulterados nocivos que contêm. Tratando de bebidas destiladas, em casos extremos podem resultar em mortes por intoxicação múltipla. São em geral vendidas a baixo preço e às classes mais pobres e vulneráveis da sociedade. Potenciam ainda todos os problemas sociais, familiares, violência doméstica, acidentes de viação, homicídios, suicídios, baixa produtividade, absentismo.

Constitui factor de risco para várias doenças, nomeadamente as sexualmente transmissíveis e infecção pelo VIH e doenças não transmissíveis. Estudos realizados na África do Sul, numa amostra de pacientes frequentando serviços dos cuidados primários revelaram que as drogas mais usadas que constituíam risco para a saúde e provocavam problemas legais, sociais e financeiros eram o álcool e o tabaco (Ward et al. 2005). As doenças não transmissíveis, por sua vez, representam um enorme problema de saúde pública na região. Estima-se que em 2004 as DNT foram responsáveis por 28% (3,6 milhões) de mortes em África prevendo aumentar em mais 27% nos próximos 10 anos, mais do que em qualquer outra região. Cerca de 33% das mortes por DNT ocorre nas pessoas com menos de 60 anos (um terço das mortes devido às DNT em África) o que faz das DNT uma importante causa de mortes prematuras e incapacidades em África, com importante impacto social e económico. Outro flagelo na região afectando os jovens são os acidentes de viação constituindo a quarta causa de morte nas pessoas dos 5 aos 44 anos de idade. Cerca de 20 % das mortes por acidentes ocorrem actualmente na região africana e se medidas não forem tomadas para reverter a situação, espera-se um aumento para 40% em 2030.

Na África sub-sahariana 2,2% de todas as mortes e 2,5% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidades (AVAI) estão relacionadas com o álcool (Bruijn, 2011). A prevalência de consumo de alto risco nos indivíduos do sexo masculino situa-se em 14.3, 12.9, 11.3, 10.4 e 8.4 para as faixas etárias 30-44, 45-59, 60-69, 15-29 e 70 anos ou mais, respectivamente. Para as mulheres, os valores para as mesmas faixas etárias são 4.7, 5.1, 3.2, 3.1 e 2.2, respectivamente (WHO, 2006).

Estima-se nesta região que 1,8% do peso das doenças é atribuído ao álcool e o consumo excessivo é responsável por 1,3% dos casos. O álcool é responsável por 7% dos casos de morte e invalidez, situando na 3ª posição depois das relações sexuais não protegidas e violência interpessoal. Os jovens consomem álcool cada vez mais cedo e as taxas de prevalência aumentam constantemente. Este aumento se verifica também nas mulheres embora, como em outras paragens, a taxa de consumo nas mulheres continua, de uma forma geral, inferior à dos homens. Contudo para o consumo de risco (5 unidades standard ou mais para os homens e 3 unidades para as mulheres) não existe grande diferença entre homens e mulheres, em particular na África Ocidental (OMS, 2007). A diferença entre os homens e as mulheres em relação ao consumo excessivo parece também estar a diminuir ou mesmo inverter. Na Zâmbia por exemplo nas adolescentes regista-se 50,2% contra 44,1% para os rapazes e também um consumo habitual de álcool superior aos rapazes (41% e 38%) (OMS, 2008).

Na reunião do Comité regional africano que teve lugar em Yaoundé – Camarões, em Setembro de 2008, no relatório do Director Geral, entre os problemas e desafios, constava a fragilidade da resposta das instituições de saúde relativamente à atenção aos distúrbios alcoólicos e estados de comorbilidade, sublinhando a não inclusão do rastreio e intervenções breves na rotina dos profissionais de saúde (WHO, 2008). Na região não existem centros de tratamento especializados para a dependência do álcool ou estão mal integrados em serviços psiquiátricos, onde o único tratamento dispensado é a desintoxicação de curto prazo.

Estudos de prevalência nos Cuidados Primários, na África do Sul, utilizando o ASSIST mostrou prevalência elevada do consumo do álcool e outras

substâncias, com recomendações para a introdução do rastreio na rotina dos serviços (Ward et al. 2008).

Outros estudos de prevalência, realizados na Etiópia, na população estudantil revelaram as mesmas preocupações relativas á necessidade de intervenção¹

Os perigos do uso abusivo do álcool nesses países de baixo rendimento, tendo em conta os recursos disponíveis, ou ainda entre outros, como os casos de cirrose hepática que devido a alta prevalência de várias formas de hepatite e outras infecções que podem interagir com o consumo do álcool afectando o sistema gastro intestinal, são ainda mais elevados que nos países desenvolvidos. Da mesma forma a potencial ligação às infecções pelo VIH ou altas taxas de Síndrome Fetal Alcoólica, resultante de altos níveis de consumo do álcool em jovens mães (WHO, 2002), piora o quadro das consequências do consumo. As mulheres são mais vulneráveis ao uso nocivo visto que uma mesma quantidade de álcool provoca mais danos devido às diferenças quanto à composição da massa corporal o que torna preocupante as mudanças no padrão de consumo das mulheres e particularmente nas adolescentes em alguns países da região.

A implementação das várias medidas propostas pode modificar a presente situação.

2.3. Situação em Cabo Verde

Em Cabo Verde o consumo de bebidas alcoólicas está bastante enraizado na cultura e existe um ambiente propício para a livre circulação, produção, distribuição, oferta e ingestão de bebidas alcoólicas (MS, 2005). Todas as ocasiões constituem pretexto para consumo de bebidas alcoólicas, seja em momentos de alegrias como as várias festas religiosas nos vários municípios, com os festivais de música, por ocasião das cerimónias religiosas como baptismo, matrimónio, 1ª comunhão, aniversários, chegadas, partidas ou mesmo morte. Segundo o plano preliminar de acção contra o alcoolismo, aprovado pelo Ministério da Saúde em 2005, apesar de não haver dados sistematizados, existe um grande número de estatísticas sectoriais organizadas

¹ www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/22433230 acesso 22 Mar 2012

que permitem estimar que o país enfrenta um problema sério em consequência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas (MS, 2005).

Os dados do inquérito às despesas e receitas das famílias realizado pelo INE, em 2001, mostram que as famílias em Cabo Verde utilizam do seu orçamento, aproximadamente o mesmo percentual para o consumo de bebidas alcoólicas que para as despesas de saúde e comparativamente às despesas de educação o orçamento destinado às bebidas alcoólicas representa quase o dobro (INE, 2001).

As importações de bebidas alcoólicas tem um peso importante no orçamento do estado, comparado a alguns bens essenciais (leite, arroz, trigo, açúcar, óleo, combustíveis), num país que importa quase todos os produtos básicos para o consumo da população. Em 2009 o volume importado de bebidas alcoólicas foi de 15 345 607 kg correspondendo ao valor de 1 437 002 566 CVE aumentando em 2010 para 28 678 636 Kg e 1 534 530 175 CVE e em 2011 embora o volume tenha baixado, segundo os dados do INE, para 16 229 137 Kg, o valor em escudos subiu para 1 649 062 237 CVE (INE, 2012).

A produção local refere essencialmente á cerveja, aguardente e vinho.

Na ilha de Santo Antão, a primeira em relação à produção do aguardente, estima-se que 88,8% da área de regadio ou seja 750 hectares dos 855 é destinada ao cultivo da cana-de-açúcar a principal matéria prima para o fabrico do aguardente, chamado grogue. Fazendo os cálculos em função do volume de aguardente por hectare, calcula-se que são produzidos 1.200.000 a 1.920.000 litros de grogue (Pires Ferreira, 2006). Essa produção é processada maioritariamente em unidades fabris familiares. Em Ribeira Grande, um dos 3 concelhos da ilha, existem 84 unidades de produção e a quantidade de aguardente produzida anualmente vem aumentando de acordo com os dados disponíveis. Em 2008 foi produzido 600.000 litros, em 2009 a produção foi 650.000, em 2010 e 2011 foram 700.000 e 750.000 litros respectivamente.

Em menor quantidade é o vinho produzido na ilha do Fogo, que parece estar em crescimento. Segundo alguns autores que pesquisaram sobre o historial da vinha e vinicultura na ilha do Fogo, desde os inícios do sec. XVI o cultivo da vinha na ilha era destinado à produção da uva e do vinho e essa produção destinava-se ao consumo caseiro. A partir do sec. XVII o cultivo da vinha e a

produção do vinho aumentaram mas foi a partir dos finais do sec XVII e inícios do sec XVIII que a produção da uva e do vinho é expandida e é a partir da primeira década do sec. XX que o cultivo se estende à zona de Chã das Caldeiras. Actualmente o cultivo da uva se circunscreve às zonas situadas à volta do vulcão com uma progressiva expansão da área cultivada. A partir de 1998 assiste-se a um aumento da produção do vinho com a criação da Associação de Agricultores de Chã das Caldeiras e com o apoio técnico e financeiro da cooperação italiana e da ONG GOSPE. Desde esta data verificou-se a valorização da videira e um aumento significativo da produção de diversos tipos de vinho que são consumidos a nível nacional e internacional. O vinho produzido nessa região é fornecido a toda a ilha do Fogo e outras ilhas de C. Verde (Nunes, 2012), e para o estrangeiro particularmente para países que albergam as maiores comunidades caboverdeanas no estrangeiro. Considera-se contudo que a produção ainda é muito pequena chegando a 150.000 garrafas por ano com a previsão de subir para 200.000 garrafas nos próximos anos, com a melhoria das condições de produção e integração do projecto de Maria Chaves (Garrido, 2011). A União Europeia, por seu lado tinha a pretensão de financiar um projecto de desenvolvimento da viticultura na ilha do Fogo visando aumentar a produção do vinho em mais de 100.000 litros ano e quadruplicar a produção nos próximos anos (PANA, 2003). O montante que se prevê destinado a este projecto chega a 30 milhões de escudos CV (cerca de 300 mil dólares US). A questão do álcool e alcoolismo como uma questão de desenvolvimento se revela também nesta perspectiva. De realçar contudo que estes projectos tem como finalidade prioritária a exportação.

De referir toda a produção não declarada do aguardente, em todas as ilhas, no qual se evidencia a utilização de produtos adulterados, uma vez que a cana de açúcar existente, produto com o qual se fabrica o aguardente, é manifestamente insuficiente para a quantidade de aguardente colocada no mercado. No âmbito dos objectivos de protecção da saúde pública, as bebidas alcoólicas são alvos de controle de qualidade e para o aguardente de cana-de-açúcar os parâmetros controlados são cobre, metanol e teor alcoólico total, sendo a entidade responsável para o controle a inspecção geral das actividades económicas (IGAE). Em 2008, os resultados dos controles efectuados, na sequência de visitas aos principais centros de produção de

aguardente em Ribeira Grande de Santiago, Santa Catarina de Santiago, Santo Antão e São Nicolau, revelaram que 80 a 90% das amostras se mostraram não conforme quanto ao teor de cobre (Vieira, 2008). É tanto mais importante ter em atenção estes dados que mais de 50% das bebidas alcoólicas consumidas no país são provenientes da produção não declarada. Os dados referentes a Cabo Verde constantes no relatório mundial sobre o álcool da OMS, 2011 mostram que o consumo per capita equivale a 5.0 litros de álcool puro por pessoa sendo que 2.9 correspondem à produção não registrada e apenas 2.1 à declarada (WHO, 2011).

A Associação para a Solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz e outras organizações internacionais realizaram o estudo “A Saúde e o Estilo de Vida dos Adolescentes Cabo-verdianos Frequentando o Ensino Secundário”, que teve como objectivo conhecer o ambiente sócio-comportamental dos jovens cabo-verdianos no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoactivas e à identificação de práticas sexuais de risco. Segundo este estudo, o início do uso de substâncias psicoactivas nos adolescentes verifica-se precocemente, sendo para os inalantes, tranquilizantes e álcool a idade dos 13 anos, para o tabaco e cannabis 14 anos e para a cocaína 15 anos.

Em relação ao uso do álcool, 29% dos adolescentes de 13 anos refere já ter consumido pelo menos uma vez, destes 5% referem um consumo semanal e 15% diz já ter estado embriagado entre uma a três vezes. E a mesma situação se verifica em 22% dos adolescentes de 15 anos e 31% dos maiores de 16 anos.

Concluiu-se, neste estudo que as substâncias lícitas são as mais consumidas pelos adolescentes. A maioria dos adolescentes, 60,4% refere nunca ter experimentado o álcool, mas um percentual importante, 39,9% refere ter consumido, principalmente os rapazes (53,3%) e os jovens mais velhos.

Segundo o relatório do estudo realizado pelo ICASE (Instituto Cabo-verdiano de Acção Social e Escolar) nos estabelecimentos de ensino pré-escolar (2005), nas escolas do EBI e Ensino secundário, numa amostra representativa da população alvo, que efectuou um inquérito a 7492 alunos, constatou-se que a

percentagem de alunos que experimentaram álcool era de 38% no geral, sendo este valor mais expressivo nas ilhas do Sal, Boa Vista e Maio com 54%, Praia com 52%, S. Nicolau com 49%. Constatou-se igualmente que 0.5% dos alunos consomem álcool diariamente e que 31% dos alunos têm um familiar que se embriaga frequentemente (projecto CVE/066, 2007).

A toxicodependência assume dimensão de problema de saúde pública, sobretudo referente ao abuso do álcool, segundo dois inquéritos transversais entre adolescentes no ensino secundário, em 2005 ².

Os resultados de um estudo piloto realizado pelo Programa Nacional de Saúde Mental e CNDS em 2007 numa escola do EBI, no interior da ilha de Santiago, com alunos dos 9 aos 14 anos revelaram que a experiência com o álcool era muito precoce, havendo turmas onde 100% dos rapazes e 50% das raparigas já tinham experimentado álcool (MS, 2007).

Os relatórios das Delegacias de Saúde desde 2005 vêm revelando que entre as 5 primeiras causas de óbito, internamento ou doenças em tratamento prolongado, encontram-se doenças relacionadas com o álcool, as doenças mentais e a epilepsia. Em 2005, doenças relacionadas com o álcool representaram a 3ª causa de óbito no Paul e na Boavista, 4ª causa na Calheta e 5ª na Ribeira Grande de Santo Antão. A dependência do álcool situa-se ainda na mesma posição no que diz respeito às principais causas de internamento e doenças em tratamento prolongado (MS, 2009). Os internamentos no serviço de psiquiatria do Hospital Agostinho Neto na Praia revelam que o álcool está entre as primeiras causas, os pacientes com diagnóstico, segundo a classificação internacional das doenças, F10 transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso do álcool se situando à volta de 20% dos internamentos nos anos 2008-2011 (relatórios anuais do serviço de psiquiatria do HAN).

Os resultados do Inquérito sobre factores de risco das DNT realizado em 2007 revelou que nos últimos 12 meses, 53,2% dos inquiridos tinha consumido

² "A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário" de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz.

álcool, sendo 77,8% homens e 30% mulheres. Destes que consumiram, 40,3% foi nos últimos 30 dias. Verificou-se que o maior consumo ocorre entre os 25 e 34 anos para ambos os sexos. Mostrou também que 6,3% dos homens e 2,4% das mulheres têm um padrão de consumo do álcool perigoso (40-60mg/dia para os homens e 20-40mg/dia para as mulheres) (MS, 2007). Quanto ao número médio de copos consumidos por dia, verificou-se que 23,4% dos participantes consome 1 copo por dia, 32,6% consome 2 ou 3 copos, 24,4% consome 4 a 5 copos e 19,6% consome mais de 6 copos por dia. O consumo médio por dia é de 4,1 copos sendo 5 copos para os homens e 1,8 copos para as mulheres. Os resultados mostraram ainda que 26,3% dos homens bebem mais de 6 copos por dia e 31,3% bebem 4 a 5 copos. Dos homens que consumiram álcool nos últimos 30 dias, 44,1% consumiu 5 ou mais copos de uma só vez e 14,6% consumiram mais de 20 copos numa semana. Na última semana antes do inquérito, 26,1% dos homens que consumiram álcool nos últimos 30 dias tinham consumido álcool durante 4 dias ou mais (MS, 2007).

Estima-se que entre 2001 a 2005 o consumo per capita na população adulta tenha aumentado, sendo estimado em 5,0 litros de álcool puro, por pessoa, referente ao período 2003 – 2005, um pouco inferior ao valor estimado na região Africana de 6,2 mas quando se tem em conta apenas os consumidores de álcool este valor sobe para 10,30 sendo para os homens 11,63 e 7,62 para as mulheres. A percentagem estimada dos que não consumiram álcool ao longo da vida, em 2007, foi 36,8% representando 58,8% nas mulheres e nos homens 11,4%. Os que não consumiram nos últimos 12 meses representavam 51,8% com as mulheres a chegarem aos 75,2% e os homens 25,0% (WHO, 2011).

Um estudo sobre perfil clínico-epidemiológico de adultos com acidente vascular cerebral no Hospital Agostinho Neto, realizado em 2008 mostrou que o alcoolismo representava um importante factor de risco, com 26%, se situando logo depois da hipertensão arterial (Spencer & Lima, 2008), embora estes dados sejam contestados por outros clínicos do Serviço Nacional de Saúde. Seria de interesse a realização de outros estudos no sentido de ter um conhecimento do peso dos factores de risco num domínio tão importante.

Os dados sobre os acidentes de viação poderiam ser pertinentes para as medidas a serem implementadas no âmbito da luta contra os malefícios do álcool mas o que se constata é que os dados existentes quase que não refletem a influência do álcool. Os dados estatísticos da direcção geral dos transportes rodoviários sobre as principais causas dos acidentes de viação, mostra que o excesso do álcool vem na 9ª posição nos anos 2005, 2006 e 2007, com 0,5%, 0,6 e 0,3% respectivamente. Quando se analisa as causas que aparecem nos primeiros lugares encontram-se manobras perigosas, negligência, outras causas e excesso de velocidade com 40,5%, 34,1, 12,6 e 5,8% respectivamente, em 2005. Em 2006 estas causas encontram-se nas mesmas posições e em 2007 a negligência passa para o primeiro lugar e manobras perigosas para a segunda posição (Vicente J., 2007). De referir que muito recentemente teve início uma campanha de testes de alcoolémia aos condutores, com vista a viabilizar a aplicação da lei, com uma primeira parte de sensibilização antes de se passar às medidas efectivas.

No âmbito da atenção aos problemas relacionados com o consumo do álcool foram recentemente tomadas algumas medidas abrangentes com implicações multisectoriais.

Em 2005 foi criada a Comissão Interministerial de luta contra o alcoolismo (Resolução nº15/2005, de 25 de Abril) e aprovado um plano preliminar de acção contra o alcoolismo. Este plano propunha como objectivo geral contribuir para a prevenção ao consumo abusivo do álcool nos diferentes sectores da sociedade e entre os objectivos específicos constava:

- melhorar a curto prazo o conhecimento das diferentes dimensões do alcoolismo através da sistematização dos dados existentes mas também a realização de novos estudos
- adoptar medidas permanentes e sistemáticas de prevenção, visando a adopção de comportamentos saudáveis
- disponibilizar respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para consumidores excessivos, dependentes do álcool.

O Ministério da Saúde advertia de que a perspectiva era realizar o plano de modo contínuo e permanente e que a abordagem de um assunto tão enraizado socialmente não encontraria respostas num plano de acção a ser efectivado

num curto espaço de tempo. Acrescentava ainda que o plano deveria ser entendido como o início das acções que depois teriam seguimento e acompanhamento permanente (MS, 2005).

A Comissão, coordenada pela Direcção Geral da saúde integrava vários ministérios com implicações na luta contra os malefícios do álcool. Além do Ministério da Saúde, estavam representados os Ministérios da Educação, Justiça, Administração Interna, Economia, Agricultura, Juventude e Organizações não governamentais (Cruz Vermelha de Cabo Verde, Associação de promoção da saúde mental A PONTE, Associação de protecção da família VERDEFAM). Não chegou a ter um funcionamento activo, continuando os diferentes ministérios e instituições a desenvolverem suas actividades de forma autónoma.

As várias leis existentes continuaram com pouca aplicabilidade. De entre elas destacam-se

- a Lei nº 27/V/97, de 23 de Junho que interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores: no nº 1 do artigo 1º é interdita, em todas as circunstâncias, a venda, a oferta ou fornecimento, a qualquer título de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, bem como o favorecimento ou a facilitação do consumo das mesmas aos referidos menores ou incitamento destes ao seu consumo, seja por que modo for e no nº 2 é definida bebida alcoólica toda a bebida cujo teor em álcool seja superior a 0,5 GL.
- a lei nº 59/VIII/ de 19 de Abril de 2010 que altera a Lei nº 8/V/96, de 11 de Novembro que proíbe a condução de veículos sob a influência do álcool. É considerado estar sob influência do álcool todo o condutor que apresentar uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,80g/l ou pela presença no ar expirado de uma concentração de álcool puro igual ou superior a 0,40 miligramas por litro. “É impedido de conduzir ...quem se proponha a condução apresentando uma taxa de álcool igual ou superior a 0,8g/l”,
- o Decreto-Regulamentar nº5/97, de 10 de Março que regulamenta os aspectos relacionados com a detecção do álcool no sangue, estabelece o alcoómetro como material utilizado para detecção da presença do álcool no ar expirado.
- o Decreto-Lei nº 81/94, de 29 de Dezembro que cria o imposto especial sobre bebidas alcoólicas e tabaco que incide sobre a cerveja, o vinho e outras

bebidas fermentadas e bebidas espirituosas, bem como o tabaco manipulado. Nesse diploma as receitas desse imposto “destina-se a ser utilizado exclusivamente nos domínios da saúde pública e das infraestruturas e actividades desportivas”. No artigo 4º é explícito que a percentagem destinada à promoção da saúde pública será depositada em instituição bancária a favor do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

- o Decreto-Lei nº46/2007, de 10 de Dezembro que aprova o código de publicidade, contempla em seus artigos bebidas alcoólicas, menores, saúde e segurança do consumidor.

No artigo 19º são expressas as restrições relativas à publicidade de bebidas alcoólicas que apenas é consentida quando:

- a) não se dirija especificamente a menores e, em particular não os apresente a consumir tais bebidas
- b) não encoraje consumos excessivos
- c) não menospreze os não consumidores
- d) não sugira sucesso, êxito social ou especiais aptidões por efeito do consumo
- e) não sugira a existência nas bebidas alcoólicas de propriedades terapêuticas ou de efeitos estimulantes ou sedativos
- f) não associe o consumo dessas bebidas ao exercício físico ou à condução de veículos
- g) não sublinhe o teor de álcool das bebidas como qualidade positiva.

É ainda proibido associar a publicidade aos símbolos nacionais e a quaisquer eventos em que participem menores, designadamente actividades desportivas, culturais, recreativas.

Muitas destas disposições não são aplicadas e muitas vezes são registradas situações em plena contradição com as leis existentes. Por exemplo a selecção nacional de futebol chegou a ser patrocinada por uma marca de cerveja e durante este período por ocasião dos jogos podia se ver a bandeira nacional colada à referida marca.

Entre os pontos fracos referidos no PNDS referente à luta contra o alcoolismo constam publicidade sobre bebidas alcoólicas pouco controlada, deficiente aplicação da legislação existente relacionada com o consumo do álcool, carga fiscal sobre bebidas alcoólicas pouco dissuasivas, fácil acesso aos produtos. Entre as condicionantes ambientais regista-se tolerância cultural e pobreza. O

que pode contrariar estes condicionantes e pontos fracos são os pontos fortes também adiantados no PNDS que são a vontade política e legislação existentes.

Foram capacitados profissionais de saúde de quase todos os centros de saúde do país (totalizando 205), no instrumento de rastreio ASSIST, e IB, tendo em vista melhorar a atenção aos problemas relacionados com álcool e substâncias mas neste domínio também, a implementação tem revelado dificuldades. O tratamento para os dependentes do álcool é essencialmente efectuado nos serviços de psiquiatria, dos Hospitais Centrais. Nos outros Centros de Saúde, intervenções outras que a desintoxicação física, são dispensadas nas estruturas de saúde onde as equipas contam com psicólogos, o que, exceptuando os Hospitais Centrais e Regionais, se verifica em 3 Delegacias de Saúde, na Delegacia de Saúde do Sal, na de Santa Cruz e na Delegacia de Saúde de Santa Catarina de Santiago (MS, 2010).

3.1 Rastreio e Intervenções Breves

Uma parte importante da literatura que aborda as questões relacionadas com o consumo de álcool e outras drogas centra-se mais nas questões que requerem uma intervenção ou tratamento especializado sem que seja prestada a devida atenção às possibilidades de intervenção numa 1ª linha, com as pessoas que consomem alguma substância. Sabe-se no entanto, actualmente que a intervenção é tão importante nas pessoas que apresentam claros sinais de dependência como nas que se encontram em risco.

As evidências demonstram que uma proporção significativa das pessoas que procuram os cuidados de saúde têm problemas relacionados com o álcool numa proporção estimada entre 15 a 40% ou já tem problemas relacionados com o seu uso, ou o seu consumo irá contribuir para o seu problema médico actual ou potencial. Contudo muitas vezes elas não mencionam a questão do álcool quando procuram os serviços de saúde. A intervenção em fases iniciais do problema melhora em muito o prognóstico. Por estas razões os profissionais que actuam na área dos cuidados primários estão numa posição única quer em termos de identificação quer em termos de intervenção ou encaminhamento

para tratamento especializado, para as pessoas passíveis de apresentar problemas relacionados com o álcool (Ferreira-Borges, Filho, 2004).

“Nem todos os problemas relacionados com o álcool são as manifestações da síndrome clínica chamada alcoolismo”(Babor, 2008, p.578). Muitas intervenções podem ser desenvolvidas que podem responder com eficácia a estes problemas, que não são matéria apenas da especialidade psiquiatria ou de uma outra especialidade médica em particular (Gomes, 2011).

O rastreio dos problemas relacionados com o álcool justificam-se na medida em que a presença destes problemas pode complicar a avaliação e o tratamento de outros problemas médicos ou psiquiátricos (Schuckit, 2009).

Por outro lado, a identificação e intervenção precoces permitem poder mudar comportamentos em relação ao consumo e prevenir a dependência.

O Comité da OMS dos peritos dos Problemas ligados ao Consumo do Álcool considera que a intervenção e o tratamento precoces poderia ter três objectivos para as pessoas sofrendo de distúrbios ligados ao alcoolismo: enquanto uma abordagem humanitária, para aliviar o sofrimento humano; como um método permitindo reduzir o consumo do álcool e seus malefícios na população; e como uma maneira de reduzir os custos dos cuidados de saúde ligados ao álcool (OMS, 2007).

Vários estudos internacionais demonstraram a eficiência das IB na detecção precoce de problemas relacionados ao álcool.

Autores, no Reino Unido, consideram que o termo IB deveria ser utilizado como uma actividade terapêutica precisa, utilizada para pacientes que não procuram especialistas para problemas relacionados com o álcool. Estas intervenções podem ser dispensadas em vários ambientes sem ser nos especializados o que não quer dizer que estes não sejam necessários. (Haistrick, Haiter, Godfrey 2006). Profissionais não especialistas, como médicos clínicos gerais ou outro pessoal dos cuidados primários ou hospitais, enfermeiros, assistentes sociais, podem ter estas intervenções junto a pacientes com uso abusivo e nocivo do álcool. Estas intervenções podem levar alguns minutos ou ser mais longas, de 20-30 minutos ou mesmo ser necessário mais do que uma sessão. Estudos mostraram a efectividade destas

intervenções nos Cuidados primários, em pacientes que não tinham procurado ajuda para problemas relacionados com o álcool (Bertholet et al. 2005).

Estudos da OMS mostraram que as IB podem produzir mudanças significativas em pacientes com comportamentos de consumo do álcool, com poucos investimentos em tempo e recursos (Babor, 2008). Mesmo se o percentual das pessoas que alteram o consumo do álcool após uma única sessão é pequeno o impacto que pode ser causado a nível da saúde pública pode ser considerável, dependendo dos diferentes serviços na atenção primária que proporcionam estas intervenções sistematicamente.

As IB são baseadas na entrevista motivacional, centrada no paciente com o objectivo de suscitar a mudança de comportamento. Partem da avaliação e da intervenção de acordo com a fase de prontidão para a mudança (Prochaska, Di Clementi, Norcross, 1992).

Segundo estes autores o processo de mudança passa por etapas diferenciadas e com características específicas pelas quais qualquer pessoa passa quando vivencia um processo de mudança de um comportamento que, de alguma maneira, o vem prejudicando. Neste modelo transteorético de mudança, a questão central é o conceito de que a mudança consiste num fenómeno que acontece em etapas progressivas onde cada etapa possui características próprias tornando assim necessário a utilização de recursos técnicos diferenciados em cada momento em que o paciente se encontra neste processo de mudança. A motivação é entendida como um processo com vários estágios intermediários, que podem ser afectados. Em muitos casos a mudança de estágio necessita de um auxílio terapêutico intencional. O terapeuta fixa claramente os objectivos com o paciente no sentido de mudar o comportamento prejudicial para a vida da pessoa e usa técnicas para a mudança de estágio. A mudança de um estágio para o outro resulta da “motivação” que equivale a um estado interno que é em permanência influenciado por factores externos, entre os quais a actuação do profissional. A motivação para questionar um comportamento, para alcançar uma mudança ou para manter uma mudança conseguida são diferentes mas necessária do início ao final das várias etapas. Estas etapas constituem os diferentes estágios da mudança que são os seguintes:

- Pré-contemplação- Neste estágio o paciente não tem consciência do seu problema e/ou não quer modificá-lo. Neste grupo podem encontrar-se os relutantes, que são pessoas que por desconhecimento ou inércia não consideram a possibilidade de mudar, por não terem consciência das reais consequências do seu comportamento, tem medo da mudança que pode significar algo de desconhecido e potencial risco de passarem a não se sentirem bem. Encontram-se ainda neste grupo os rebeldes que são pessoas muito empenhadas no comportamento prejudicial, não apreciam que os outros digam o que têm de fazer, acham que quem manda na vida delas são elas, muitas vezes movidas por sentimentos de insegurança. Quando este paciente é ajudado e se motiva para a mudança canaliza toda a energia despendida para sustentar a não mudança para o processo de mudança. Encontram-se também neste grupo os racionalizadores que são pessoas que tem resposta a tudo. Consideram saber tudo sobre seus comportamentos e acreditam que seus problemas resultam do comportamento dos outros e não se responsabilizam. Contrapõem todos os argumentos que o profissional lhes apresenta. Os resignados fazem parte deste grupo de pré-contempladores, são pessoas que se sentem dominados pelo comportamento que os prejudica e não acreditam na possibilidade de mudar. Têm normalmente vários registos de insucessos em anteriores tentativas de mudança e assumem serem incapazes de proceder à mudança.

Apesar dessas características dos pacientes que se encontram no estágio de pré-contemplação é possível trabalhar com eles e ajudá-los a começarem a questionar o seu comportamento e mudar de estágio.

- Contemplação ou ambivalência – Neste estágio o paciente admite que tem um problema mas ao mesmo tempo manifesta rejeição. Encontra-se num estado de ambivalência, com dificuldade em tomar qualquer decisão. Neste momento começa a reflectir sobre as causas e consequências do seu comportamento e as formas de mudar este comportamento. De uma forma geral sabe racionalmente que deve mudar e sabe como conseguir a mudança mas emocionalmente sente-se dividido por experimentar também razões para não mudar. Com os pacientes neste estágio é possível também trabalhar a ambivalência sublinhando que este facto não os impede de alcançar o sucesso no processo de mudança.

- Preparação para a acção – Neste estágio o paciente se liberta do estado de paralização e passa a ter uma intenção de mudança num futuro próximo. Ele utiliza as experiências anteriores e as experiências adquiridas para desenvolver um plano de acção e compromete-se efectivamente em mudar definindo prazos e estratégias.

- Acção – Neste estágio o paciente se envolve efectivamente na mudança de comportamento. Passa para o concreto as mudanças que planeou no estágio anterior, implementa as mudanças necessárias para alcançar o sucesso. Por exemplo evita situações de risco e usa técnicas assertivas para recusar ofertas e não consumir.

- Manutenção – Este é um estágio que deve perpetuar por toda a vida. Uma vez atingido a mudança do comportamento é necessário reforçar a atenção para não acontecer que sejam apanhados desprevenidos.

- Recaída – É um estágio que também faz parte do processo de mudança embora seja algo não desejável. Caso acontecer devem ser utilizadas as aprendizagens daí resultantes para o progresso do paciente.

A entrevista motivacional subentende a existência de uma abordagem adequada para cada paciente dependendo do estágio de mudança em que a pessoa se encontra. É considerada a melhor abordagem para os pacientes pré-contempladores e contempladores (Carneiro, Gigliotti, 2004).

A IB pode ser orientada segundo os 6 elementos essenciais cujas letras iniciais (em inglês) compõem o acrónimo FRAMES: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy.

O termo Feedback (devolutiva) refere se á comunicação dos resultados do questionário que é explicado ao paciente, o risco pessoal ou comprometimento físico devido ao uso do álcool.

A Responsibility (Responsabilização) tem a ver com a responsabilização do paciente pela mudança. Deve ser encorajada, mostrando que a responsabilidade da mudança fica do lado do paciente.

O termo Advice (Orientação) refere ao fornecer orientação clara escrita e/ou falada em como reduzir ou parar de beber, sem juízo de valor moral ou social.

O Menu refere ás diferentes opções de mudanças com uma variedade de estratégias alternativas para resolver os problemas com o álcool.

A Empathy (Empatia) refere à postura na relação com o paciente que deve ser compreensiva tendo como objectivo orientar e não prescrever a mudança.

O Self-efficacy (auto-eficácia) relaciona-se com o reforço do optimismo e da auto-confiança no paciente provendo e facilitando a confiança nos seus recursos próprios e alcançar o sucesso.

Em 1982 a OMS lançou o projecto de pesquisa para o desenvolvimento de um teste de rastreio, com abrangência internacional, a fim de avaliar como as pessoas com problemas de uso abusivo do álcool poderiam responder a intervenções breves nos cuidados Primários. Com o envolvimento de peritos internacionais foi desenvolvido o AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Seguiu-se o grupo de estudos sobre IB que veio a mostrar que as IB podem produzir mudanças clinicamente significativas em pacientes que consomem álcool, sem que seja dispensado muito tempo e recursos.

Os questionários padronizados tem se mostrado superior aos diagnósticos estabelecidos livremente na prática clínica e nos exames laboratoriais (Coutinho, 1992). Vários instrumentos tem sido utilizados nos estudos de prevalência do álcool: o Michigan Alcoholism Screening Test – MAST, constituído por 25 questões e o short MAST com 13 itens, o teste CAGE (Cut down Annoyed by criticism Gulty e Eye opener) com 4 perguntas, mostraram ser superior a exames laboratoriais.

Vários estudos, nos Estados Unidos, mostraram que o rastreio e as IB podem ser eficazes em diminuir a ingestão do álcool em pacientes de risco (Babor et al. 2004).

Foi comprovado por diversos ensaios clínicos que as IB reduzem o nível global do consumo do álcool, alteram os padrões de consumo nocivo, evitam futuros problemas relacionados com o álcool, melhoram a saúde e reduzem os custos com os cuidados de saúde (Babor, Higgins-Biddle, 2001).

Pesquisas mostraram a eficácia das intervenções breves na redução do consumo do álcool em indivíduos do sexo masculino e feminino assim como entre adultos e jovens adultos. Foi demonstrado também que os clínicos gerais, nos cuidados primários não utilizam instrumentos de rastreio para o álcool com

os seus pacientes, não os interrogam sobre o consumo de substâncias e uma percentagem significativa não os diagnostica (Fleming, 2005).

Contudo, estudos, nos Estados Unidos, demonstraram que no contexto da implementação de um programa de rastreio e IB, uma formação relativamente breve para os profissionais resulta em ganhos significativos nestes profissionais quanto à eficácia, auto-confiança, expectativas no que diz respeito ao alcance do rastreio e intervenções breves (Fleming, 2005).

No Brasil, o projeto SUPERA (Sistema para a detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoactivas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) patrocinado pelo SENAD (Secretaria Nacional Anti Drogas) é uma formação deste tipo realizada no estado de S. Paulo entre 2006- 2007, no formato ensino á distância seguindo projectos posteriores para a avaliação deste tipo de formação, custos e sua efectividade, com vista á implementação nesse país (Rodrigues, 2008). Uma análise bibliográfica referente a vários estudos realizados maioritariamente nos Estados Unidos mostrou também a eficácia das intervenções breves na redução do consumo do álcool (Minto et al., 2007).

3.2. O instrumento de rastreio ASSIST

O Alcohol Smoking Substance Involvement Sreening Test (ASSIST) é um instrumento de rastreio desenvolvido pela OMS que permite identificar as pessoas em risco e orientá-las para tratamento.

O ASSIST foi concebido e validado pela Organização Mundial da Saúde em colaboração com peritos internacionais. Revelou alta confiabilidade e validade comparada aos instrumentos padrão na avaliação de problemas relacionados ao uso do álcool, o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e outras drogas, o Addition Severety Index (ASI), incluindo tabaco, Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire (RTQ). O ASSIST foi validado na população com idade compreendida entre os 18 e 60 anos. Não foi ainda validado para pessoas com idade inferior a 18 anos.

Está em curso a versão ASSIST –Y para jovens com idade inferior aos 18 anos.

O questionário consiste em 8 perguntas sobre as substâncias álcool, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, sedativos e hipnóticos, alucinógenos, inalantes, opiáceos e “outras drogas”. Interroga ainda sobre o uso injetável de drogas. A pergunta nº1 interroga sobre que substâncias a pessoa já usou alguma vez na vida, a 2ª sobre com que frequência utilizou esta (s) substância (s) nos últimos 3 meses, a 3ª questiona sobre com que frequência experimentou um forte desejo de consumo da substância nos últimos 3 meses, a 4ª interroga sobre com que frequência teve problemas de saúde, legal ou financeiro relacionada com a substância nos últimos 3 meses, a 5ª sobre com que frequência o consumo da substância interferiu com as suas responsabilidades, nos últimos 3 meses, a 6ª interroga se alguma vez um familiar ou amigo se mostrou preocupado com o seu consumo da substância em caso afirmativo se nos últimos 3 meses ou não, a 7ª questiona se alguma vez tentou, sem sucesso, parar ou diminuir o consumo da substância se nos últimos 3 meses ou não e a 8ª interroga se alguma vez utilizou alguma substância por via injectável, nos últimos 3 meses ou não. Em relação ao álcool os resultados entre 0-10 pontos indicam baixo risco, entre 11-26 risco moderado e a partir de 27 alto risco enquanto que para todas as outras substâncias entre 0-3 corresponde a baixo risco, 4-26 risco moderado e a partir dos 27 alto risco. Associando os scores obtidos à intervenção, os que se situarem nos níveis de baixo risco não requerem nenhuma intervenção específica a não ser a oportunidade para reforçar o comportamento que não coloca a saúde em risco, os que se encontram nos níveis de risco moderado requerem uma intervenção breve (3-15 minutos) onde lhes devem ser dados o feedback do resultado referindo aos cartões com informações relativas à substância, que podem levar para a casa e os que estiverem nos níveis de alto risco devem ser encaminhados para tratamento com especialista, o que deve ser providenciado num período de tempo razoável.

Alguns instrumentos de rastreio utilizados antes nos cuidados primários, mostravam exigir muito tempo (Addiction Severity Index- ASI ou o Substance Abuse Module of the Composite International Diagnostic Interview-CIDI-SAM) na administração ou então estavam focalizados na dependência (CAGE-AID) o

que é menos interessante para detectar o uso nocivo em pessoas não dependentes (Newcombe, Humeniuk, Ali, 2005).

Os profissionais não se sentem treinados para a detecção e tratamento do uso de substâncias (Formigoni, 2007) o que faz com que os pacientes com estes problemas não sejam identificados na sua fase inicial e não haja uma intervenção adequada que evite a progressão do uso inicial para níveis de abuso ou dependência.

Por outro lado vários dos instrumentos de rastreio disponíveis não tiveram uma perspectiva multicultural visto que muitos foram desenvolvidos nos Estados Unidos e não foram largamente validados para o uso em outras culturas. É assim que desde 1997 a OMS desenvolveu o projecto ASSIST no sentido de ter um instrumento de mais fácil administração que os até então existentes, permitir o rastreio de todas as substâncias psicoactivas e não apenas o álcool e tabaco, poder ser usado nos cuidados primários, ter utilização intercultural e de fácil ligação com as intervenções breves. Foi desenvolvido em três fases sendo a fase I do projecto desenvolvido entre 1997 e 1998. Esta primeira fase destinou-se à planificação e desenvolvimento do instrumento com estudos internacionais sobre a sua viabilidade e confiabilidade. A versão 1.0 do ASSIST comportava 12 items. A confiabilidade e validade do questionário foi avaliado e validado através de estudos de teste reteste realizados em amostras da população na Austrália, Brasil, Índia, Irlanda, Israel, territórios autónomos da Palestina, Porto Rico, Reino Unido e Zimbábue. Na sequência deste estudo, o questionário foi revisto e a versão 2.0 do ASSIST passa a 8 items.

A fase II do projecto ASSIST consistiu num estudo internacional para a validação do questionário, em vários lugares em cuidados primários e de tratamento de usuários de álcool e drogas, entre 2000 a 2002 na Austrália, Brasil, Índia, Tailândia, Reino Unido, Estados Unidos e Zimbábue.

O estudo demonstrou que o ASSIST apresentava boa confiabilidade teste reteste (coeficiente Kappa entre 0,58 a 0,90) boa validade construtiva, concorrente, preditiva e podia discriminar de acordo com a pontuação obtida entre baixo, moderado ou alto risco. Chegou-se à versão 3.0 do ASSIST

(WHO, 2010). Este projecto abrangeu os 7 países seleccionados por representarem uma larga variedade de culturas, sistemas politico e económicos e os problemas relacionados com drogas eram prevalentes, permitindo assim a generalização dos resultados encontrados. Foram assim escolhidos para cada um dos países os seguintes sitios para a realização do estudo:

Na Austrália, que foi também o centro coordenador: o Drug and Alcohol Services South Australia;

No Brasil: o Departamento de Psicobiologia da Universidade de S. Paulo em S. Paulo e o Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, no Paraná;

Na India: o Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences em Nova Deli;

Na Tailândia: o Northern Dependence Treatment Center Mae, Rim, Chiang Mai;

No Reino Unido: o National Addiction Center, em Londres;

Nos Estados Unidos: a UCLA Integrated Substance Abuse Programs em Los Angeles;

No Zimbabué: o Department of Psychiatry, University of Zimbabwe Medical School, em Harare (Rachel Humeunik et al. 2008).

Em cada um dos sitios havia 2 a 5 entrevistadores familiarizados com as questões de uso de substâncias e o centro coordenador fornecia formação e materiais para os entrevistadores que participaram no projecto.

Cada um dos centros recrutou cerca de 150 participantes sendo dois terços nos serviços dos cuidados primários e o restante foi recrutado nos serviços especializados de tratamento das dependências. Desta forma a amostragem permitiria que os participantes tivessem diferentes perfis desde dependentes a consumidores ocasionais ou sem uso problemático. Assim seria possível constituir os 3 principais grupos de referência: os abstinentes ou sem uso problemático que nunca estiveram em tratamento devido a problemas com o álcool ou drogas seriam a referência para baixo risco de desenvolver problemas devido ao uso de drogas, aqueles que consumiam mas não eram dependentes e tinham risco moderado de terem problemas actuais ou futuros por causa do consumo, podem ter estado em tratamento no passado e os que tinham altos níveis de consumo ou mesmo dependentes e estavam em tratamento, devido aos prejuízos, incluindo o uso de drogas por via injectável. A

amostra total ficou composta por 1047 participantes onde 697 pertenciam aos serviços dos cuidados primários e 350 eram provenientes dos serviços de tratamento especializados. Os participantes dos cuidados primários foram previamente rastreados para se avaliar a sua inclusão no estudo mas só foram referenciados para o grupo 1, de baixo risco ou para o grupo 2, de risco moderado consoante o escore obtido no questionário MINI-Plus. Para o grupo 3 os participantes foram recrutados entre os pacientes internos ou em tratamento ambulatorial nos serviços especializados de tratamento das dependências e num dos países foi numa clínica psiquiátrica. Foram critério de exclusão para este estudo pessoas que apresentavam problemas de comunicação ou problemas cognitivos, que manifestavam severas perturbações do comportamento ou problemas mentais, apresentavam intoxicação por álcool ou outra droga ou severos sinais de abstinência, estiveram recentemente encarceradas por longo prazo, não consumiram nenhuma substância nos últimos três meses ou tinham idade inferior a 18 anos ou superior a 45 anos. Na estratificação da amostra foi tida em conta o género e a idade constituindo três grupos com as faixas etárias 18-25, 26-35 e 36-45 anos. Todos os participantes foram submetidos a um conjunto de testes que demoraram entre 60 a 90 minutos a serem administrados. Os instrumentos foram traduzidos e adaptados segundo as normas da OMS. Os participantes passaram o questionário ASSIST e também o Addition Severity Index-Lite (ASI-Lite), o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) nas secções relacionadas com abuso e dependência do álcool e drogas e a perturbação de défice de atenção e hiperactividade (ADHD) e perturbação da personalidade anti-social (ASPD), o Rating of Injection Site Condition (RISC), o Drug Abuse Screening Test (DAST), o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), o Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire (RTQ) e o Maudsley Addiction Profile (MAP). Os escores referentes aos vários domínios do ASSIST foram utilizados para efectuar as comparações. Foram assim determinados os seguintes escores:

- O escore de envolvimento específico com substâncias (ASSIST-SSI) para cada substância: calcula-se para cada substância o total dos pontos obtidos de Q2 a Q7.

- O escore de envolvimento total com as substâncias (TSI): calcula-se a soma dos pontos obtidos de Q1 a Q8 para todas as substâncias.
- A frequência do consumo actual da substância: resulta da pontuação obtida no Q2 para cada substância.
- As perguntas do ASSIST que reflectem dependência: soma de Q1, 2, 3, 6 e 7 para todas as substâncias.
- As perguntas do ASSIST que reflectem abuso: soma de Q1, 2, 4, 5 e 6 para todas as substâncias.

Os participantes do grupo de tratamento para além dos testes administrados foram ainda submetidos a uma avaliação clínica independente por um especialista em adicção, que não tinha conhecimento dos resultados dos outros testes. Com esse procedimento pretendia-se determinar o diagnóstico de dependência das substâncias, no presente e ao longo da vida. Esta avaliação clínica compreendia uma entrevista semi estruturada baseada nos critérios de dependência de substâncias do DSM-IV. Os participantes de todos os sítios, excepto Reino Unido e Zimbabué forneceram uma amostra de aproximadamente 20 mg de cabelo para análise laboratorial com o objectivo de confirmar a presença de cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, benzodiazepinas ou opióides.

Para avaliar a validade concorrente do ASSIST foram comparados os escores obtidos no ASSIST e os obtidos com as avaliações semelhantes nos testes ASI, SDS, AUDIT, RTQ e MINI-Plus. Para a validade construtiva, a consistência do ASSIST para abuso e dependência foi comparado com a secção referente do MINI-Plus. Foi também comparado com os testes que indirectamente são indicadores de problemas com o uso de substâncias como o MAP, o RISC, as secções do MINI-Plus para diagnóstico de ADHD e ASPD. A validade discriminativa do ASSIST foi avaliada pela capacidade de discriminar entre os 3 grupos: os com uso não problemático, com baixo risco de problemas devido ao consumo, os com consumo abusivo, com risco moderado de terem problemas e os com consumo dependentes, com alto risco de problemas por causa do consumo. Em relação á validade concorrente, os resultados mostraram da comparação com os itens do ASI que havia uma correlação positiva com o Q2 do ASSIST para o álcool, cannabis, cocaína, anfetaminas, sedativos e opióides. Os resultados

mostraram também correlação positiva entre o envolvimento total com substâncias e os diagnósticos do MINI-Plus e entre estes constava o abuso e dependência do álcool e o máximo de 4 drogas. Os resultados no ASSIST relativos ao álcool e tabaco também se correlacionaram positivamente com os escores obtidos no AUDIT e RTQ. Os resultados mostram também que o ASSIST era um instrumento válido para o rastreio de substâncias psicoactivas em indivíduos que consumiam diferentes substâncias e que havia diversos níveis de envolvimento com substâncias nas amostras que fizeram parte do estudo. Demonstraram que o ASSIST tinha boa validade discriminativa, particularmente para o consumo do álcool, cannabis, ATS, opióide e cocaína, substâncias em relação às quais foi possível discriminar entre risco baixo, moderado ou alto risco. Os autores chamam a atenção para a discriminação entre risco moderado e alto risco que foi demonstrado mas os resultados foram mais modestos do que entre baixo risco e risco moderado, o que é um dado importante a ter em conta na prática clínica. Foi demonstrado com este estudo, como em estudos anteriores, que o ASSIST era um instrumento de rastreio válido e confiável para ser usado numa diversidade de culturas e que tinha um potencial para ser um instrumento de baixo custo para detectar problemas relacionados com o álcool, nos cuidados primários. Os autores concluíram que os resultados sugerem que o ASSIST pode ser usado como parte de uma abordagem mais global da saúde pública na identificação e atenção aos problemas relacionados com o uso do álcool e outras substâncias nos cuidados primários e outros serviços (Rachel Humeniuk et al. 2008).

O estudo referente à população australiana mostrou que o ASSIST tinha um potencial para ser um instrumento para detecção de problemas relacionados com drogas, de baixo custo, que pode ser usado nos cuidados primários (Newcomb et al., 2005). Neste estudo foram recrutados 150 participantes nos serviços dos Cuidados primários e 50 participantes pertenciam a grupos de tratamento em serviços de tratamento para álcool e drogas. Esta amostra permitiu estabelecer os 3 grupos de referência: o primeiro representava baixo risco de problemas associado ao uso de drogas com pessoas que no momento não consumiam ou não tinham consumo problemático de álcool ou substâncias

e que nunca foram tratados por estes problemas, o segundo compreendia pessoas em risco de desenvolver problemas presentes ou no futuro, poderiam ter tido tratamento no passado mas no momento não se encontravam em tratamento, consumiam mas não eram dependentes e o terceiro grupo compreendia pessoas em tratamento, dependentes ou com altos níveis de consumo representando assim alto risco de problemas por consumo de substâncias. Os participantes foram submetidos a um conjunto de testes que forneceram dados quantitativos para análise das validades concorrente, construtiva e discriminativa do ASSIST e para a análise da validade preditiva foram contactados 3 meses depois. Os resultados permitiram concluir que o ASSIST era um instrumento válido, com correlação positiva com outros instrumentos utilizados na avaliação do consumo do álcool e substâncias, como o AUDIT e outros. Foi no entanto notado que o ASSIST permitia discriminar mais entre uso não problemático e abuso de substâncias do que entre abuso e dependência. Os autores chamaram a atenção pela dimensão reduzida da amostra que não permitiu fazer todas as análises e a necessidade de mais estudos. Concluíram contudo da larga evidência da validade do ASSIST, no contexto australiano (Newcomb, 2005).

O estudo para a validação do questionário para a população brasileira mostrou também bons índices de sensibilidade (variando de 84% a 91%), especificidade (79% a 98%), valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%), tendo sido considerado padrão ouro para o diagnóstico de abuso ou dependência o MINI-Plus. Foi também encontrado correlação significativa entre os scores no ASSIST e os scores no AUDIT, nos participantes que consumiam álcool ($r=0,73$ $p<0.001$). Na população estudada o álcool e tabaco se confirmaram como as principais substâncias lícitas causadoras de abuso enquanto as ilícitas foram a cannabis e a cocaína (Henrique I. et al, 2004). Neste estudo participaram 147 pessoas onde 99 foram recrutadas na atenção primária e secundária em serviços não especializados no tratamento da dependência de álcool e substâncias e 48 foram recrutadas em serviços ambulatoriais ou de internamento especializados no tratamento da dependência de substâncias. Todas foram submetidas ao questionário ASSIST e o teste Mini-plus (apenas as secções relativas ao uso do álcool e drogas,

deficit de atenção e hiperactividade, distúrbios de conduta e desordens de personalidade anti-social) e auto preencheram os questionários AUDIT e RTQ. A mediana do tempo na aplicação do questionário foi de 6 minutos tanto para os participantes dos cuidados primários e secundários como para os oriundos dos serviços de tratamento. Nos participantes dos cuidados primários e secundários as pontuações mais elevadas foram para o álcool, tabaco e cannabis enquanto que para os dependentes os scores mais elevados foram para o álcool, cocaína e tabaco. No primeiro grupo, consideraram que 28% se situavam abaixo da faixa de risco correspondiam à pontuação 0-3, 66% se encontravam na faixa de risco, obtiveram entre 4-15 pontos e 6% situaram acima dos 15 pontos e foram encaminhados para serviços especializados, por terem sido considerados no nível sugestivo de dependência. No 2º grupo, considerando os mesmos critérios, não foi encontrado nenhum caso abaixo da faixa de risco, 27% correspondiam à faixa de risco e 63% tiveram pontuação nos níveis sugestivo de dependência. Dos resultados desse estudo, os autores concluíram que o ASSIST pode ser um instrumento útil para a triagem do uso abusivo do álcool e outras drogas nos serviços dos cuidados primários de saúde, referindo algumas vantagens como o facto de não exigir um tempo excessivo e auxiliar na determinação do padrão de consumo facilitando as intervenções ou encaminhamento (Henrique I. et al. 2004).

A validade do ASSIST foi também estudada numa população de jovens com primeiro episódio psicótico, na Austrália. O estudo foi realizado numa amostra de 214 pacientes internados e ambulatoriais com primeiro episódio psicótico e que respondiam aos critérios do DSM-IV para os diagnósticos de esquizofrenia perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoaffectiva, perturbação delirante, perturbação depressivo major com traços psicóticos, perturbação bipolar com sintomas psicóticos ou psicose inespecífica. Estes pacientes passaram os questionários SCID e ASSIST. De acordo com os diagnósticos pelo SCID, 49 tinham diagnóstico de esquizofrenia, 75 foram diagnosticados com perturbação esquizofreniforme, 52 correspondiam aos critérios diagnósticos para outra perturbação psicótica, 10 tinham diagnóstico de perturbação bipolar e 28 respondiam aos critérios para diagnóstico depressão major com traços psicóticos. Foram administrados aos pacientes os módulos

Psicose e perturbação por uso de substâncias. Os sintomas foram avaliados com a versão extensiva do Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Para o uso de substâncias foi utilizado o Severity Dependence Scale (SDS) e o AUDIT para o uso nocivo ou problemático do álcool. Os resultados mostraram que o escore total de envolvimento com substâncias no ASSIST se correlacionava significativamente com o AUDIT e com o SDS. O escore total de envolvimento com substâncias também se correlacionava com os diagnósticos de abuso e dependência através do SCID. Os participantes que tinham diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias no DSM-IV obtiveram resultados significativamente mais elevados no escore total de envolvimento com substâncias no ASSIST comparados aos indivíduos que não apresentavam perturbações por uso de substâncias. Os escores específicos de envolvimento com cannabis, álcool, anfetaminas e opiáceos também eram significativamente mais elevados nos indivíduos que tinham perturbações específicas por uso destas substâncias. Os resultados deste estudo permitiram também concluir sobre a confiabilidade e validade do ASSIST como instrumento para avaliar as perturbações por uso de substância entre os casos com primeiros episódios psicóticos. Foi determinado as propriedades psicométricas do ASSIST para a identificação de perturbações por uso de substâncias específicas nesta população. O escore específico de envolvimento com substância no ASSIST revelou alto nível de consistência interna para todas as substâncias excepto para os alucinogéneos e sedativos. A validade concorrente foi também confirmada neste estudo. Os autores concluem que os resultados deste estudo são comparáveis aos encontrados nos estudos internacionais, em particular relativamente às propriedades psicométricas do escore de envolvimento específico com substâncias do ASSIST para o cannabis, o álcool e as anfetaminas. Consideram então que o ASSIST é um instrumento de fácil e rápida administração que recomendam como instrumento de rastreio nas pessoas com primeiro episódio psicótico a fim de identificar aquelas que necessitam de avaliação mais aprofundada quanto ao uso de substâncias e a intervenção adequada (L. Hides et al. 2009).

A fase III foi desenvolvida entre 2002 e 2007 e foram realizados estudos internacionais sobre a efectividade das intervenções breves ligadas ao ASSIST.

A fase IV do ASSIST decorreu entre 2008-2011 com o objectivo de desenvolver modelos sustentáveis de intervenções ligadas ao ASSIST que possam resultar em benefícios evidentes para a saúde pública e o bem estar social. Nesta fase os seguintes objectivos foram propostos:

- apoiar a implementação bem como a avaliação das intervenções ligadas ao ASSIST em diferentes culturas, grupos linguísticos, sistemas de saúde e serviços de acção social
- comparar os diferentes modelos de implementação das intervenções ligadas ao ASSIST em diferentes sistemas de saúde
- desenvolver um amplo pacote do projecto OMS/ASSIST a fim de facilitar a integração do rastreio, intervenções breves e encaminhamento no que diz respeito ao uso do álcool e substâncias psicoactivas e problemas relacionados, nos sistemas de saúde e serviços sociais.
- Identificar as formas e modelos para a implementação e divulgação das intervenções ligadas ao ASSIST nos sistemas de saúde e serviços sociais.
- desenvolver mais amplamente o pacote OMS/ASSIST
- reforçar as evidências para as intervenções ligadas ao ASSIST

A principal componente desta fase é a divulgação, implementação das intervenções ligadas ao ASSIST em diferentes contextos. O projecto comporta ainda as seguintes componentes adicionais: desenvolvimento de um pacote de formações, desenvolvimento mais amplo do instrumento de rastreio OMS/ASSIST, a versão abreviada, a versão papel/caneta revista, a versão autoadministrada papel/caneta, a versão computadorizada, a versão da web, testar e caso for necessário adaptar aos diferentes contextos e populações, as versões nas diferentes línguas, a investigação com reforço das intervenções ligadas ao ASSIST baseadas em evidências e divulgação internacional das intervenções ligadas ao ASSIST. Existem vários contextos propícios para a divulgação, implementação e avaliação das intervenções ligadas ao ASSIST. Em primeiro lugar estão os serviços dos cuidados primários de saúde, e ainda outros programas como os programas VIH, os serviços de saúde para estudantes, os serviços de saúde mental, os serviços para tratamento de perturbações relacionadas com álcool e substâncias, os serviços sociais, os serviços judiciais como prisões e outros. Para a divulgação implementação do projecto alguns pressupostos são necessários entre os quais uma avaliação

prévia para definir vários aspectos como a prontidão, o ambiente, a prevalência do uso do álcool e outras drogas, a equipa que participa na implementação, os parceiros e a construção de alianças que são fundamentais neste género de empreendimento, os recursos que são também indispensáveis, o apoio técnico de consultores consoante as necessidades, o desenvolvimento do plano de implementação da fase IV do projecto em cada local, a revisão do plano da implementação pelo Comité de Direcção do projecto OMS/ASSIST fase IV, o apoio da OMS e outras fontes, a formação e a implementação.

Sob os auspícios da OMS, em Dezembro de 2009 teve lugar em S. Paulo Brasil, uma reunião de planificação da fase IV do projecto OMS/ASSIST. Participaram neste encontro, representantes da Austrália, Brasil, Estados Unidos, Suíça, Malásia, Chile, China, Egipto, Irão, Indonésia, México, Índia, Tailândia e em representação da região africana estiveram Gana e C. Verde. Os objectivos desse encontro eram entre outros, discutir os objectivos, as vertentes e componentes da fase IV, a implementação e divulgação do ASSIST e intervenções ligadas ao ASSIST, mais amplo desenvolvimento do instrumento de rastreio OMS/ASSIST nas suas diferentes versões, incluindo a computadorizada e a autoadministrada, planos para a implementação do ASSIST em determinados países e regiões da OMS, incluindo as necessidades, implementação e protocolos de avaliação, desenvolvimento de um pacote de formação para apoiar a implementação, necessidades relativamente à investigação e os planos prioritários para a fase IV. O sucesso desta fase requer uma atenção particular às questões de difusão da inovação, tal que proposto por Ali, Vial e Meena (Ali, Vial, Meena, 2009). Com efeito a teoria da difusão da inovação descreve, por que meios e em que medida novas ideias e tecnologias são adoptadas. São assinaladas 5 etapas pelas quais cada membro de um sistema social modula a sua própria adopção da inovação. Constituem estas etapas:

- o conhecimento – os vários actores envolvidos devem estar actualizados com a inovação, neste caso o ASSIST deve ser amplamente apropriado por todos, começando por acções de pesquisas.
- a persuasão – o interesse e busca de informação

- a decisão – a análise dos prós e contras da utilização da inovação ajuda a aceitá-la ou rejeitá-la, para o ASSIST seguramente que esta análise favorece a tomada de decisão no sentido de adoptá-lo.
- a implementação – a utilização da inovação. Decorrendo das etapas precedentes torna-se mais fácil a utilização do ASSIST por maior número de profissionais
- a confirmação – avaliação e concretização da decisão tomada.

Os autores comparam estas etapas aos estágios de mudança descritos por Prochaska e DiClemente, referido anteriormente relativamente à entrevista motivacional com os pacientes com problemas com o álcool, com a diferença que na difusão da inovação, cada membro do grupo, sociedade, ou do sistema, é influenciado pelas decisões tomadas por outros membros. Justifica-se a proposta de que esta teoria da inovação tem aplicação nos cuidados de saúde incluindo em relação ao álcool. Existem exemplos de casos de sucesso onde profissionais de saúde se orientaram por esses princípios na implementação de inovações, nos Estados Unidos. Assinala-se ainda o uso desta teoria nos domínios da saúde pública, da promoção da saúde, educação para saúde e foi demonstrada a sua pertinência relativamente ao álcool mesmo nas intervenções que visam a prevenção e controle do consumo. Os canais utilizados para a difusão da inovação são reconhecidos como tendo um importante papel para o sucesso na adopção de novas ideias. É assim que as novas tecnologias da informação como a internet, softwares, os currículos em várias áreas da saúde, seminários, conferências, reuniões, os líderes de opinião, os média são importantes canais que podem ser utilizados. É importante também ter em atenção os possíveis obstáculos à implementação da inovação. Em relação ao ASSIST por exemplo, pode haver o receio das pessoas quanto à privacidade e confidencialidade dos seus resultados, temendo por exemplo que os escores obtidos possam ser utilizados para outros fins. Todos devem sentir que os seus direitos estão protegidos e não são criminalizados caso contrário a participação de algumas pessoas no processo pode ficar comprometida. Para ultrapassar esses obstáculos são propostas algumas sugestões como sensibilizar e persuadir as partes interessadas sobre as vantagens económicas e para a saúde da inovação a ser introduzida; procurar assegurar a existência de modelos de legislação que

protejam as pessoas nos seus direitos à privacidade e confidencialidade; desenvolver vários formatos de formação, diferentes pacotes de formação de forma a aumentar a possibilidade de escolhas quando se decide pela adopção da inovação; considerar a introdução de informações relativas ao ASSIST nos programas curriculares de algumas formações na área da saúde em particular para os profissionais ligados aos cuidados primários de saúde; identificar nos média os canais chaves para a difusão; minimizar os riscos através do apoio do governo ou outras instituições com lideranças e dos líderes de opinião. Para se avaliar o sucesso da disseminação do ASSIST algumas medidas devem ser tidas em consideração, entre elas: o número ou percentagem das instituições (podem ser os centros de saúde) que adoptam esta inovação, a avaliação dos níveis de satisfação e aceitação, as acções de formação realizadas. Deve ser ainda considerada a utilização de um questionário validado para medir a participação dos utentes na adaptação e implementação do processo, avaliando também a satisfação global com a inovação.

Se a fase IV do ASSIST for bem sucedida importantes progressos podem ser alcançados. Com efeito a fase IV do ASSIST se propôs a divulgação e implementação do ASSIST e Intervenções Breves, em particular nos países com menos recursos e ao mesmo tempo o desenvolvimento do próprio instrumento bem como os pacotes de formação, investigação mais ampla incluindo seguimento a longo prazo com vista a investigar a durabilidade das mudanças relativamente ao consumo de substâncias. Alguns aspectos já identificados em relação ao instrumento é a necessidade de incluir o “beber pesado”, condição que actualmente não é revelado pelo instrumento e uma outra questão já adiantada pelo Comité da OMS ASSIST que é a versão abreviada do ASSIST com vista a reduzir o tempo de administração visto a questão tempo ter sido mencionada entre os obstáculos à implementação. Compreender os conceitos de disseminação da inovação implica ter em atenção os obstáculos á implementação nas diferentes culturas. Um dos obstáculos importantes a ter em atenção, tendo em conta que podem dificultar o sucesso das actividades de dessiminação, é a questão das potenciais barreiras legislativas passíveis de constrangir tanto a participação dos profissionais de saúde como dos utentes dos serviços. Esta questão requer o envolvimento de diferentes parceiros e a vários níveis, das autoridades

internacionais, nacionais e locais, organizações não governamentais, grupos de cidadãos, entre outros. Um outro aspecto interessante a ter em conta, uma vez que a percepção dos benefícios e comportamento das lideranças exercem influência na tomada da decisão de adoptar a inovação, foi sugerida a atribuição de algum reconhecimento por parte da OMS para os que conseguirem sucessos quanto às formações em ASSIST e intervenções breves tanto como formadores ou enquanto clínicos nas suas intervenções. Quanto mais profissionais estiverem motivados mais se viabiliza a constituição de grupos interessados na implementação desta novidade em cada local. Se os principais obstáculos não forem ultrapassados, nomeadamente questões de ordem legislativas referentes a situações que podem suscitar conflitos entre privacidade e confidencialidade e os direitos do paciente, o ASSIST e intervenções breves pode não ser amplamente divulgado e adoptado. Apesar dessas considerações o ASSIST mostra ser um instrumento de fácil utilização com potencial para ser introduzido na rotina. Pode ser administrado sózinho ou associado a outros questionários como parte da entrevista geral para avaliação da saúde, avaliação do estilo de vida ou dos factores de risco ou ainda como parte da história clínica (Humeniuk et al. 2010).

O rastreio através do questionário ASSIST permite detectar problemas de saúde ou factores de risco num estágio precoce antes de provocarem problemas sérios para a saúde. O ASSIST foi concebido para ser usado por profissionais dos Cuidados Primários mas verificou-se que pode ser útil em qualquer serviço onde haja contacto com pessoas com uso nocivo do álcool ou substâncias ou pessoas que o uso dessas substâncias pode colocá-las em situações de risco maior, comparadas ao resto da comunidade.

As pessoas submetidas ao questionário ASSIST, segundo a pontuação obtida no teste podem revelar não necessitar de nenhuma intervenção, de uma intervenção breve ou de um encaminhamento para especialista, uma vez que os resultados a esse nível são sugestivos de dependência.

3.3. ASSIST e intervenções breves

A intervenção breve ligada ao ASSIST é uma intervenção curta, com duração entre 3-15 minutos para os pacientes que foram submetidos ao questionário. Deve ser dado ao paciente o feedback pessoal do seu resultado, os problemas de saúde e outros associados ao nível de risco obtido, por cada substância. O manual para uso nos Cuidados Primários sugere os 10 passos seguintes na condução da IB ligada ao ASSIST:

- 1- Perguntar ao paciente se está interessado em conhecer o resultado que obteve no questionário. Esta questão constitui a entrada para iniciar a intervenção breve com o paciente na medida em que lhe permite escolher reduzindo assim as possíveis resistências e facilitando a relação. Desta forma fica mais fácil para o profissional comunicar ao paciente o seu resultado pessoal, falar-lhe sobre os seus riscos e como reduzi-los.
- 2- Dar-lhe o feedback pessoal sobre o significado do resultado que obteve para cada substância, utilizando os cartões de resposta. Deverá de acordo com o score obtido, mostrar-lhe o nível de risco associado com a substância segundo o que vem indicado no cartão de resposta e explicar bem a definição de risco moderado e alto risco mostrando que o risco é actual mas também para o futuro se continuar o mesmo padrão de consumo.
- 3- Aconselhar sobre como reduzir o risco associado ao uso da substância. Mostrar ao paciente a ligação que existe entre o facto de parar ou reduzir o consumo e a diminuição do risco de ter problemas presentes e no futuro. Este aconselhamento deve ser feito de forma a não transmitir ao paciente qualquer sentimento de juízo, embaraço ou crítica mas de forma a lhe permitir fazer a sua própria escolha e decidir pela mudança em relação ao consumo da substância.
- 4- Mostrar ao paciente a sua responsabilidade em relação a escolha a fazer quanto ao uso da substância. Poderá ser um importante factor de motivação para a mudança.
- 5- Perguntar ao paciente o quanto está preocupado com o resultado obtido. A utilização de perguntas abertas pode ajudar o paciente a pensar e

verbalizar suas preocupações sobre o seu consumo o que concorre para a mudança do comportamento.

6- e 7 – Ver com ele os aspectos positivos resultantes do uso da substância e os aspectos negativos resultante desse uso. Esta técnica da entrevista motivacional ajuda a desenvolver a discrepância ou ainda a utilização de perguntas abertas relacionadas aos diferentes domínios da saúde, social, legal, familiar, financeiro, no trabalho ou estudos podem ajudar o paciente a pensar, verbalizar as boas e as menos boas coisas relacionadas com o consumo vendo as vantagens e inconvenientes de manter ou mudar o comportamento relativamente ao consumo da substância.

8 - Resumir e analisar com o paciente os aspectos vistos acentuando os negativos ajudando-o a preparar para mudar. O facto de experimentar a disponibilidade de escuta do profissional relativo aos diferentes aspectos mencionados propicia também no paciente a capacidade de receber e considerar as informações e conselhos prestados pelo profissional de saúde.

9 – Interrogar sobre a sua preocupação com as consequências negativas do consumo. Ainda o recurso às perguntas abertas reforça e ajuda o paciente a pensar na mudança necessária.

10 – Dar ao paciente material informativo sobre a substância em causa, que levará consigo.

Durante as várias fases o suporte e recurso aos cartões de resposta é fundamental e o foco da intervenção deve estar relacionado com o score obtido e o risco associado ao uso da primeira substância.

Os cartões de resposta contêm ainda informações relativas a outras substâncias que eventualmente não estiveram implicadas na intervenção breve.

As informações escritas irão reforçar e consolidar a intervenção breve como também servirá para ser transmitida a outros, como amigos e familiares (WHO, 2010).

O estudo multicêntrico para a validação do ASSIST relativo à Austrália mostrou que os participantes que receberam IB diminuíram significativamente o score

total de envolvimento com substâncias quando comparados com o grupo controle ($F(1,160) = 14,68, p < 0.001$). Os que receberam intervenções breves relacionadas com o consumo de estimulantes tipo anfetaminas diminuíram significativamente o score de envolvimento com anfetaminas comparativamente com os do grupo controle ($F(1,120) = 7.89, p < 0.01$) e os que receberam intervenção para o consumo do cannabis tiveram uma diminuição no score específico com relação ao cannabis, embora não estatisticamente significativo ($F(1,28) = 24.07, p = 0.137$).

Os que receberam IB para o seu envolvimento com álcool ou tabaco não viram os scores significamente aumentados para o envolvimento com estas substâncias o que quer dizer que não substituíram o consumo das drogas ilícitas pelo aumento do consumo de álcool e tabaco.

Este estudo concluiu sobre a eficácia das IB ligadas ao ASSIST onde muitos participantes diminuíram ou pararam o consumo e poucos não mudaram o comportamento em relação ao consumo das substâncias.³

Cabo Verde foi um dos países da Região Africana da OMS que como o Burundi, Ghana, República Centro Africana, Senegal, Tanzânia, Zimbábue foi contemplado com a formação de formadores em ASSIST e IB no projecto de implementação no quadro da atenção aos problemas relacionados com o uso nocivo do álcool, na região.

Foi assim que, em 2007, a técnica do escritório regional da OMS Brazzaville, Carina Ferreira Borges, deslocou-se à Praia – Cabo Verde, onde dispensou uma formação de formadores no Instrumento de rastreio ASSIST e intervenções breves para profissionais de saúde. Participaram nesta formação 10 médicos, sendo 1 psiquiatra, 7 psicólogos e 3 enfermeiros. Na sequência desta formação, procedeu-se à adaptação, da versão 3.0 em Português, do instrumento, para a população caboverdeana, de onde saiu a versão utilizada neste estudo, incluindo os nomes das substâncias, adaptadas para a realidade local.

³Drug & Alcohol services South Australia
<http://.dassa.sa.gov.au.webdata/resources/files/Monograph>, acesso 28 março 2012

3.4. Intervenções precoces e Cuidados Primários de Saúde

Os profissionais dos Cuidados Primários de saúde estão em situação privilegiada para a detecção dos fatores de risco e as intervenções precoces tem revelado ser eficazes. Muitos profissionais consideram que estas intervenções devem constituir um tratamento sequencial à sistemática detecção precoce, próactivo a ser iniciado mais pelo agente da saúde que pelo próprio paciente.

Os Cuidados Primários proporcionam oportunidades para a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a detecção precoce da doença. Os sistemas de saúde tem por objectivo reduzir as iniquidades em saúde e tornar os serviços acessíveis a todos. As informações disponíveis mostram uma tendência para o aumento das iniquidades em saúde o que acentua a forma inadequada e desigual como os sistemas de saúde tem respondido às necessidades de saúde das pessoas (OMS, 2008).

As pessoas menos favorecidas sofrem de forma desproporcional os malefícios do álcool e, as acções de saúde pública que visam reduzir o consumo do álcool e seus malefícios concorrem ao mesmo tempo para reduzir as desigualdades em saúde, entre ricos e pobres (OMS, 2007).

É de toda a pertinência a atenção aos problemas relacionados com o álcool ser considerado entre as prioridades, o que contribui para a diminuição de iniquidades, um importante desafio na África sub saariana (Rispel, Palha de Sousa, Molombo, 2009). Para isso grandes desafios devem ser ultrapassados uma vez que “sem políticas ou lideranças fortes, os sistemas de saúde não evoluem para os valores que orientam os Cuidados Primários de Saúde nem respondem eficazmente aos crescentes desafios da Saúde Mental, o que é um problema crítico/contínuo da Saúde Pública por toda a parte” (Gomes, 2011, p.118). Assim se constituem os pressupostos para que as prioridades possam ser estabelecidas de forma racional tendo em conta as reais necessidades das pessoas.

Nos países de baixo rendimento cerca de 4 em cada cinco pessoas com necessidade de tratamento para perturbações mentais, neurológicas ou ligados

ao consumo de substâncias psicoactivas não recebem nenhum tratamento (OMS, 2011).

Os cuidados primários constituem o local apropriado para intervenções em pessoas que estão em risco. Contudo os profissionais que atuam nesta área resistem á triagem e às intervenções. Várias razões são apontadas pelos profissionais como a falta de tempo, formação inadequada, receio de antagonizar com os pacientes, o uso do álcool não ser assunto para os cuidados de saúde primários, os problemas do álcool não responderem a intervenções feitas nos cuidados primários. (Babor, 2004).

Nenhuma dessas razões constitui argumentos incontornáveis.

A falta de tempo invocada, se às vezes os profissionais dos cuidados primários possam estar sobrecarregados com demandas de atenção urgente muito dos casos que são chamados a atender estão relacionados ao consumo do álcool e o tempo que seria utilizado no rastreio que demora dois a quatro minutos pode prevenir certos destes problemas. Na maioria dos casos com necessidade de intervenção demora menos de cinco minutos. Os casos que necessitam aconselhamento breve não requerem mais de 15 minutos.

Em relação aos que consideram a formação que receberam inadequada para fazer o rastreio, existem soluções para ultrapassar a situação, utilizando novas técnicas de rastreio e intervenção, com formação relativamente simples e fácil de ser dispensada.

Existe ainda a possibilidade de numa determinada instituição onde o fluxo de pacientes é elevado, encarregar um profissional da equipa especificamente para o rastreio, libertando os outros para outras tarefas.

Quanto ao medo de os pacientes não colaborarem, vários estudos demonstraram que os consumidores de risco e nocivo raramente não colaboram e a maioria fica agradecida quando o profissional de saúde lhes fala da relação entre o álcool e a saúde e quando a intervenção é feita adequadamente, raramente se opõem.

No que diz respeito á questão do álcool não ser assunto para os Cuidados Primários, há evidências que demonstram a implicação do álcool em vários problemas relacionados com a saúde que afectam não apenas o individuo mas também as famílias, as comunidades e as populações. O álcool está relacionado com várias doenças, acidentes rodoviários, violência doméstica,

suicídios, vários problemas sociais e legais. Sendo a vocação dos cuidados primários a prevenção e tratamento de problemas físicos e mentais faz todo o sentido abordar as causas relacionadas com o uso abusivo do álcool.

Em relação aos problemas do álcool não responderem às intervenções feitas nos cuidados primários esta questão prende-se com a ideia de que todas as formas de consumo excessivo correspondem à dependência, o que na verdade afecta uma pequena mas significativa parte da população. O consumo nocivo e de risco afecta uma percentagem muito maior da população (15 a 40%). O rastreio sistemático permitiria por um lado identificar precocemente os dependentes e encaminhá-los para tratamento especializado, com as vantagens de uma intervenção precoce e por outro intervir junto aos consumidores de risco e nocivo prevenindo os riscos dos problemas relacionados ao consumo do álcool, estando comprovado que “estas intervenções breves reduzem o nível global do consumo do álcool, alteram os padrões de consumo nocivos, evitam futuros problemas relacionados com o álcool, melhoram a saúde e reduzem os custos com os cuidados de saúde” (Babor, Higgins-Biddle, 2001, p.13).

Segundo textos da OMS, existe uma larga mas falsa ideia partilhada de que todas as intervenções em saúde mental são complexas e só podem ser atendidas por profissionais altamente especializados, mas pesquisas mostraram que muitas intervenções podem ser realizadas em estruturas não especializadas, o que para os países em desenvolvimento, onde há menos disponibilidade de recursos, pode contribuir para a melhoria da cobertura para os que necessitam de atenção, em particular para patologias prioritárias como os problemas relacionados com álcool e substâncias (WHO, 2006).

A detecção precoce das situações de risco, particularmente nos jovens é importante para prevenir problemas relacionados com o consumo de álcool. Vários estudos internacionais e em Cabo Verde, mostram que as crianças experimentam o álcool em idades precoces e muitos a nível do ensino secundário já terão tido ocasiões de beber em excesso. O álcool é a droga mais usada pelos jovens e é muitas vezes a primeira que experimentam.

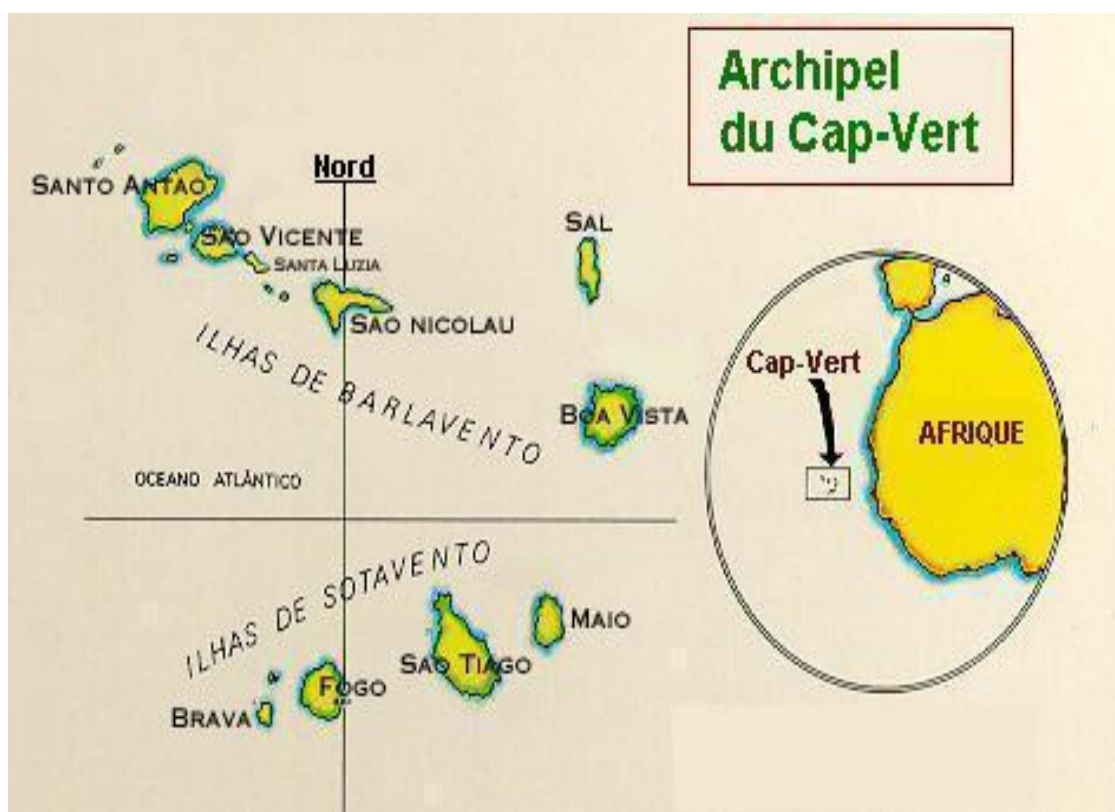
O desenvolvimento das respostas a nível dos cuidados primários contribui para que os sistemas de saúde sejam mais equitativos e reduzir as desigualdades, que em matéria de acesso a cuidados para problemas relacionados com o

álcool, revela ainda muitas dificuldades em muitos sistemas de saúde (OMS, 2008). Agir em termos de prevenção e controle das consequências negativas do consumo do álcool a nível da saúde e social constitui um importante prérequisito para o desenvolvimento social e redução das desigualdades em saúde (Poznyak, Saraceno, Obot, 2005).

4.1. Justificativa:

Actualmente os problemas relacionados com o álcool, constituem um dos principais problemas que enfrentam os serviços de saúde em Cabo Verde e um enorme problema de saúde pública, embora os dados existentes possam não reflectir esta realidade.

O país



Cabo Verde é um pequeno país insular formado por 10 ilhas, sendo 9 habitadas, com uma população residente de pouco menos de 500 000 habitantes – 491 575, segundo o último recenseamento geral de 2010. De acordo com os ventos dominantes as ilhas dividem-se em dois grupos o de Barlavento ao Norte, compreendendo as ilhas de Santo Antão, S. Vicente,

Santa Luzia, S. Nicolau, Sal e Boavista e o grupo Sotavento a Sul com as ilhas do Maio, Santiago, Fogo e Brava. O país está administrativamente dividido em 22 concelhos.

Na ilha de Santiago reside mais de metade da população, 273 919 (55,7%) e na Praia, a capital do país, vivem 132 317 pessoas, o que corresponde a 26,9% da população total.

Na Praia, a repartição da população por sexo revela que 49,1% da população residente pertence ao sexo masculino e 51,9% ao sexo feminino enquanto que no concelho de S. Salvador do Mundo o sexo masculino corresponde a 46,9% da população e o feminino a 53,1%.

Em todo o país 62% da população reside em meio urbano e 38% em meio rural. Na Praia esta relação é de 96,3% para 3,6% e em S. Salvador do Mundo é de 16,2% para 83,8% dos residentes em meio rural (INE, 2010). São Salvador do Mundo é o 3º Concelho em termos de população residente em meio rural sendo apenas ultrapassado por Santa Catarina do Fogo e Ribeira Grande de Santiago.

A taxa de desemprego no país situa-se nos 10,7% sendo que na Praia é de 11,3% e em São Salvador do Mundo fica nos 4,6%. É na faixa etária dos 15-25 anos que se encontra o maior nº de desempregados, na Praia chegando aos 25% e em São Salvador do Mundo chega a 10%. Quanto aos níveis de escolaridade 9,6 % das pessoas na Praia são analfabetas e em S. Salvador do Mundo esse percentual quase que duplica chegando aos 18,2%. As pessoas com ensino básico na Praia representam 38,2% e em S. Salvador do Mundo são 44,1%. Na Praia 35,3% das pessoas tem o nível secundário e 9,6% o superior e essa percentagem em S. Salvador do Mundo desce para 30,2 para o nível secundário e 1,2 para o nível superior (INE, 2010).

4.2. O Sistema Nacional de Saúde

A Política Nacional de Saúde para o horizonte 2020 foi formulado a fim de definir o novo quadro de referência para responder adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes do SNS. Baseando na Constituição da República reconhece a todos os cidadãos o dever de proteger a saúde e a promover, independentemente da sua condição económica e assume a subscrição na estratégia dos cuidados primários de saúde

adiantando os princípios de estender a todos os cidadãos um conjunto de cuidados essenciais de saúde integrados numa atenção primária de qualidade. Um dos princípios apontados que regem a organização do SNS é a utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos para o estabelecimento de prioridades para a afectação de recursos e a orientação programática em cada nível. Propõe igualmente entre os objectivos específicos resolver os problemas de saúde prioritários que afligem a população caboverdeana, desenvolvendo actividades preventivas e curativas para controlo das principais doenças promovendo hábitos e estilo de vida saudáveis (PNS, 2007).

No capítulo intitulado outras doenças não transmissíveis figura o alcoolismo no grupo das que merecem uma atenção particular. “Pela importância do consumo do álcool em Cabo Verde, praticamente sem fronteiras de classes sociais nem de grupos etários a partir da adolescência e pelas consequências dramáticas do alcoolismo traduzidas na incapacidade de trabalho, na violência doméstica e nas mortes por acidentes rodoviário” (PNS, p.40), são indicadas algumas pistas sob as quais o seu combate deve incidir nomeadamente

- a prevenção do consumo do álcool desde cedo e a aplicação da Lei nº 271/V/97 , referindo a proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores e publicidade das mesmas.
- a implementação do plano de acção do Ministério
- e a mobilização da sociedade e sua sensibilização (PNS, 2007).

As orientações da Política Nacional de Saúde são traduzidas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), documento que materializa a PNS nas suas diferentes áreas específicas. O PNDS é o instrumento considerado essencial na implementação da PNS, através de acções e intervenções concretas a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência. No PNDS é sublinhado que para se conseguir os objectivos preconizados são necessárias acções concertadas e encadeadas e o indispensável concurso de vários sectores do estado caboverdeano, dos parceiros e da população para que as iniciativas essenciais possam ser concretizadas (PNDS, 2008).

Na componente 14, luta contra o alcoolismo, estão desenvolvidos os objectivos e as estratégias com as metas, actividades detalhadas e os resultados esperados, passíveis de responder aos grandes objectivos propostos na PNS.

É assim que uma das estratégias operacionais previstas no PNDS era o estudo epidemiológico do alcoolismo. Entre as metas a atingir constava ter até 2011 um banco de dados sobre o alcoolismo, desenvolver um programa de formação/sensibilização dos profissionais da saúde na abordagem dos problemas ligados ao alcoolismo a partir de 2009. Estas metas não foram ainda atingidas mas continuam na ordem do dia das preocupações nos sectores implicados nesta área no Ministério da Saúde (Plano de Acção Unificado de Luta contra o Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas, Alcoolismo e tabagismo para o quinquénio 2012 - 2016).

Em todo o país existem 2 Hospitais Centrais, 3 Hospitais Regionais, e 17 Delegacias de Saúde, uma em cada Concelho. Em cada um dos 5 concelhos mais recentes existe um centro de saúde ligado á delegacia de saúde do anterior concelho, totalizando os 22 centros de saúde referidos no documento da PNS (PNS, 2007).

O PNDS regista como principal desafio para responder às necessidades de saúde da população caboverdeana as limitações socio-económicas e de recursos. Os indicadores de saúde, segundo o PNDS, mostram que Cabo Verde se encontra numa fase de transição epidemiológica onde coexiste uma incidência significativa de doenças infecto-contagiosas típicas dos países menos desenvolvidos e o aumento de doenças degenerativas como acidentes vasculares cerebrais, tumores, doenças do aparelho circulatório e traumatismos, que passaram a constituir as primeiras causas de mortalidade. Em 2005, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 324 óbitos o que corresponde a 67,8 por 100.000, seguido pelos traumatismos e envenenamentos com 257 casos correspondendo a 53,7 por 100.000, as doenças vasculo-cerebrais com 250 óbitos equivalente a 52,3 por 100.000 e os tumores malignos com 240 óbitos correspondendo a 50,2 por 100.000. As causas infecciosas e parasitárias aparecem depois com 190 óbitos correspondendo a 39,7 por 100.000 e as afecções respiratórias com 168 óbitos correspondendo a 35,1 por 100.000 (PNDS, 2008). O relatório estatístico de 2010 também traz as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de óbito, com 600 casos correspondendo a uma taxa de 122 por 100.000, em terceiro lugar estão os tumores e neoplasias com 303 casos o que corresponde

a uma taxa de 61,3 por 100.000. De notar que a segunda causa de óbitos em 2011 foram sintomas mal definidos com 319 casos o que corresponde a uma taxa de 64,9 por 100.000. De referir que o PNDS considera o desenvolvimento do sistema nacional de informação sanitária (SNIS) e da investigação em saúde como aspectos cruciais para a melhoria do desempenho do SNS. O PNDS reconhece que persistem problemas de funcionamento e de coordenação que devem ser ultrapassados para a melhoria do SNIS. Trata-se efectivamente de uma questão que merece ser priorizada de forma a melhorar os dados tanto em termos quantitativos como qualitativos o que permite melhor conhecimento da situação sanitária e contribui para a planificação e tomada de decisões adequadas.

Em 2006, o rácio médico/habitantes era de 1/2245 e o rácio enfermeiro/habitantes era de 1/1034 . Em termos de recursos humanos é assinalado um crescimento significativo e diversificado dos profissionais de saúde mas ainda insuficiente (PNS, 2007).

Na Praia onde se situa um dos hospitais Centrais, a Delegacia de Saúde dispõe de 6 Centros de Saúde: Achada de Santo António, Tira Chapéu, Achadinha, Achada Grande Trás, Ponta de Água e Trindade, mais o centro de saúde da Cidade Velha que se situa no Concelho da Ribeira Grande de Santiago. A população coberta por estes centros de saúde, exceptuando Cidade Velha, corresponde a 132 317 habitantes, mais de 25% da população do país. O concelho da Praia conta com 128 médicos e 186 enfermeiros o que equivale a 9,7 médicos por 10.000 habitantes e 13,8 enfermeiros por 10.000 (MS, 2010).

No Centro de saúde de ASA a equipa é composta por uma médica responsável do centro, 3 médicos clínicos gerais, 1 médica ginecologista, 2 estomatologistas, 4 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e 1 nutricionista que se deslocam duas vezes por semana ao centro, 2 técnicos de farmácia mais o pessoal auxiliar e administrativo. Segundo o último recenseamento, em ASA, acrescentando os residentes em Prainha e Quebracanela totalizam 13 293 pessoas sendo que na faixa etária dos 15-64 anos são 8 944 (INE, 2010).

Fazem parte da equipa do centro de saúde de Achadinha uma médica responsável do centro, 4 médicos clínicos gerais, 5 enfermeiros, 1 psicólogo e 1 nutricionista que fazem uma deslocação semanal ao centro, 1 fisioterapeuta que se desloca 1 vez por semana, 2 técnicos de farmácia mais o pessoal auxiliar e administrativo. Neste bairro residem 24 189 pessoas (incluindo o Bairro Craveiro Lopes e Eugénio Lima, Fazenda e Várzea que estão ligados a este centro de saúde). Na faixa etária dos 15-64 anos são 15 693 (INE, 2010).

No concelho de S. Salvador do Mundo, um Concelho essencialmente rural (83,8%), o Centro de Saúde dos Picos dá cobertura a uma população de 8 677 habitantes, 1,8% da população, sendo que 4 740 se situa na faixa etária 15-64 anos (INE, 2010). A razão médico/habitante neste concelho é 1,2 por 10. 000 e enfermeiro/habitante é 5,8 por 10.000 habitantes (Relatório estatístico, 2010). A equipa de Saúde deste centro é composta por uma médica responsável do centro, 5 enfermeiros, 2 agentes sanitários, 4 agentes de paludismo, mais o pessoal auxiliar e administrativo. A especialidade estomatologia tem uma consulta semanal, a psicologia duas vezes por mês, a pediatria e cirurgia uma vez por mês. Este centro de saúde pertence à delegacia de saúde de Santa Catarina, que por sua vez faz parte da Região Sanitária Santiago Norte.

Em todo o país, existem dois serviços especializados, junto aos 2 hospitais centrais. O atendimento em saúde mental incluindo problemas relacionados com o consumo de álcool e outras substâncias psicoactivas é realizado em todas as Delegacias de Saúde. Desde 2005 foi aberta a Comunidade Terapêutica da Granja de S. Filipe, na cidade da Praia, com um programa terapêutico que atende exclusivamente aos pacientes cuja primeira substância com consumo dependente sejam as drogas ilícitas e não o álcool.

No serviço de psiquiatria do Hospital Agostinho Neto na Praia, para além do tratamento com internamentos de curta duração, os pacientes com dependência do álcool podem beneficiar do tratamento em regime ambulatorio pelos psiquiatras e psicólogos da equipa do serviço e dos grupos terapêuticos do serviço, sob orientação de psicólogos (relatórios anuais do serviço de psiquiatria do HAN).

Não se conhece actualmente a prevalência do consumo do álcool na população atendida nos serviços dos cuidados primários de saúde.

Apesar da relevância dos estudos de prevalência para as políticas públicas, existem poucos estudos neste sentido.

É assim que com este projecto pretendemos conhecer a prevalência do consumo do álcool e as intervenções necessárias de acordo com o instrumento de rastreio ASSIST, na população atendida em dois Centros de Saúde da Praia (ASA e Achadinha) e um Centro de saúde numa zona rural no concelho de S. Salvador do Mundo (Picos), com vista a contribuir para uma melhor organização da prestação de cuidados nesta área.

O conhecimento da distribuição de uma doença na população tem uma grande importância para a caracterização da entidade mórbida. A interpretação correcta dos dados obtidos propicia a possibilidade de conduzir á revelação dos determinantes. Tendo em conta que estes estudos descrevem o que ocorre com um determinado grupo num determinado momento, revelam ser importantes guias para a tomada de decisões no sector do planeamento da saúde.

Os estudos epidemiológicos tem considerado dois aspectos importantes em relação aos instrumentos utilizados: a confiabilidade que se refere à capacidade de se obter os mesmos resultados em ocasiões diferentes ou na mesma ocasião por dois avaliadores e a validade, que se relaciona com a capacidade do instrumento distinguir pessoas que são de facto diferentes quanto à característica que se está avaliando.

Estes propósitos foram determinantes na escolha do tema e instrumento utilizado.

4.3. Objectivos gerais:

- Conhecer a prevalência do consumo de álcool nos utentes de dois centros de saúde da Praia e o centro de saúde de Picos.

4.4. Objectivos específicos:

- Conhecer o perfil demográfico da população com problemas relacionados com o álcool nos 3 centros de saúde.
- Estabelecer um programa de intervenção para atenção nos centros de saúde, aos problemas relacionados com o álcool.

4. 5. Metodologia:

Desenho: trata-se de um estudo descritivo epidemiológico de prevalência do tipo transversal com uma abordagem quanti qualitativa.

O estudo foi realizado junto a 302 sujeitos extraídos de uma amostra da população que frequenta dois centros de saúde da Praia, e um centro de saúde numa zona rural, no interior da ilha de Santiago. Nos centros de saúde de Achada de Santo António e Picos foram 100 em cada um e em Achadinha acabaram por ser 102 por ter havido dois questionários supranumerário no final da contagem.

Ambos os centros foram escolhidos por conveniência (acessibilidade, facilidade na obtenção dos dados, menos custos).

A amostra também foi intencional porque não havia uma listagem actualizada dos pacientes atendidos nestes centros.

Dada à fraca afluência dos homens aos centros, a amostra de homens acabou por ser um recenseamento, todos os homens que se dirigiram ao centro foram incluídos. Quanto às mulheres foram seleccionadas num passo de três, atribuindo assim algum critério de aleatoriedade e representatividade da amostra ao público alvo. As pacientes que se encontravam nas esperas para a consultas de saúde reprodutiva não foram incluídas.

Foi critério de inclusão todos os pacientes, de ambos os sexos com idade compreendida entre os 18-64 anos que se dirigiram ao centro de saúde, no horário de funcionamento, durante os meses de Agosto, Setembro e Dezembro, na ordem ASA, Achadinha, Picos. As entrevistas foram realizadas em dois períodos. Nos meses de Agosto Setembro cerca de 70% dos

pacientes responderam ao questionário nos 3 centros e os restantes 30% no mês de Dezembro. Foi critério de exclusão os pacientes que no momento se encontravam em tratamento numa das instituições de tratamento (Hospital Trindade, Comunidade terapêutica da Granja de S. Filipe, Tendas El Shaddai), os que apresentavam doença física grave ou descompensação psíquica grave ou intoxicado.

Na primeira etapa foi realizado o contacto com as instituições para a obtenção da autorização para a aplicação da pesquisa, autorização que faz parte dos documentos exigidos pela Comissão Nacional de Ética com vista à aprovação para a realização do estudo, que uma vez apresentado o processo completo aprovou a sua realização.

Foi feito o primeiro encontro com os responsáveis de cada um dos Centros de Saúde, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e apresentado o questionário.

Na segunda etapa, foi feito o convite ao grupo alvo da pesquisa: utentes dos serviços dos Centros de Saúde com apresentação da pesquisa, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais foram informados, que a qualquer momento poderiam deixar de fazer parte da pesquisa, sem prejuízo para o atendimento de que necessitam e que seria mantido o anonimato absoluto. A realização do questionário teve lugar em um dos consultórios disponíveis em cada centro. Todos os participantes que aceitaram de participar deram o seu consentimento verbal para o estudo.

Questões éticas

O projecto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde que deliberou pela aprovação do estudo, em 15/06/2011 (Anexo A).

As pessoas que obtiveram pontuação nos níveis correspondentes a necessidade de intervenção foram orientadas para procurar tratamento de acordo com o procedimento habitual.

Instrumento utilizado

O questionário ASSIST foi submetido a todos (Anexo C).

Descrição geral dos métodos de análise

Colecta dos dados e análise estatística

Foi confeccionado um banco de dados no programa estatístico SPSS 17.0. À medida que os dados foram introduzidos foram sendo conferidos, após uma série de 20 em média, por uma segunda pessoa.

Os resultados foram analisados com apoio de um técnico de estatística, nos programas estatísticos SPSS 16.0 e STATA versão.10. Foi feito o teste qui quadrado para as variáveis qualitativas e análise da associação destas ao consumo de álcool, segundo a necessidade de intervenção de acordo com o ASSIST, com o nível de significância a 5%, com intervalo de confiança de 95%. A H_0 (hipótese nula) testada é que a ocorrência do consumo de risco do álcool, correspondendo a uma pontuação no teste ASSIST superior ou igual a 11 pontos é independente da variável em análise. Além das variáveis sociodemográficas sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, ter filhos, foi introduzida na análise a variável comportamental consumo do tabaco, com necessidade de intervenção (pontuação no ASSIST superior ou igual a 4). Foi feita a análise de regressão logística para perceber o efeito das variáveis individualmente, regressão simples e a regressão múltipla para avaliar o efeito das variáveis que individualmente eram significativas, controladas conjuntamente com outras variáveis explicativas e ver o efeito líquido de cada uma. A variável dependente foi dicotomizada em: 1 quando necessitava de alguma intervenção (IB ou encaminhamento) ou 0 quando não havia nenhuma intervenção. Para esta análise foram assim agrupados os que nunca experimentaram e os que não necessitavam de nenhuma intervenção, que tinham os valores 0 e 1 passaram a 0. Os que tinham os valores 2 e 3, isto é, os que necessitavam de uma IB ou encaminhamento para tratamento especializado assumiram o valor 1. Assim 0 corresponde a pontuação no ASSIST inferior a 11 e 1 corresponde à pontuação igual ou superior a 11. Esse mesmo agrupamento foi feito em relação à variável consumo do tabaco e neste caso o 0 passou a corresponder à pontuação no ASSIST inferior a 4 e 1 à pontuação igual ou superior a 4.

As análises foram feitas em cada um dos 3 centros.

Foi igualmente analisado o consumo do álcool nos últimos três meses e associação com as variáveis sexo, faixa etária, nível de escolaridade,

ocupação profissional, residência e consumo do tabaco nos últimos 3 meses, para o total dos participantes.

Características da amostra

Nos 3 Centros de Saúde, todas as pessoas que foram convidadas a responder ao questionário aceitaram, excepto 1 no centro de saúde dos Picos e 2 no centro de saúde de ASA. Os participantes eram na sua maioria, 173 (57,3%) do sexo feminino e 129 (42,7%) do sexo masculino. A idade média dos participantes é 34,7 anos (desvio padrão: 12,6).

A maioria é funcionário público ou trabalham em empresas 112 (37,1%), seguido das domésticas 81 (26,8%) e estudantes 37 (12,3%), os desempregados correspondem a 27 efectivos (8,9%) e os aposentados 6 (2%).

Quanto ao nível de escolaridade, 176 (58,3%) tem o ensino secundário, 85 (28,1%) o primário, 25 (8,3%) tem o nível superior e 16 (5,3%) é analfabeta.

A maioria, 231 (76,5%) é solteira, 40 (13,2%) é casada, 20 (6,6%) vive em união de facto, 6 (2%) viúva e 5 (1,7%) divorciada.

Quanto a filhos, a maioria 234 (77,5%) tem pelo menos um filho e 68 (22,5%) não tem nenhum.

No centro de saúde de ASA, 55% dos participantes são homens e 45% mulheres, enquanto nos dois outros centros as mulheres representam a maioria. Em Achadinha 39,2% são homens e 60,2% são mulheres. Nos Picos os homens representam 34% e as mulheres 66%. Nos centros de saúde de ASA e Achadinha a maioria dos participantes se situa na faixa etária dos 25-34 anos enquanto que nos Picos a maioria se situa na faixa ligeiramente mais jovem, 18-24 anos. Em relação ao estado civil, os solteiros representam a maioria nos 3 centros e é nos Picos que os casados estão mais representados, com 20%. Quanto à ocupação profissional os funcionários estão em maioria nos 3 centros mas enquanto na ASA e Achadinda são quase metade (47 e 48%), nos Picos representam apenas 16%. As domésticas nos Picos representam 40% e nos dois centros urbanos chegam a 18% em ASA e 23% em Achadinha. No que diz respeito ao nível de escolaridade se nos 3 centros a maioria tem o nível secundário é na ASA que encontramos a maior percentagem de participantes com nível superior (16%) e a menor nos Picos,

com apenas 2%. É também na ASA que encontramos a maior percentagem de pessoas sem filhos (28%) e a menor em Achadinha, com 15,7%.

A tabela 1 mostra a distribuição da amostra segundo as variáveis de estudo, nos 3 centros de saúde

Tabela 1: distribuição da amostra (n=302) segundo algumas variáveis de estudo seleccionado, nos 3 centros

Variáveis	ASA (n=100)		Achadinha (n=102)		Picos (n=100)	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Masculino	55	55,0	40	39,2	34	34,0
Feminino	45	45,0	62	60,8	66	66,0
Idade						
18 a 24	27	27,0	20	19,6	27	27,0
25 a 34	39	39,0	38	37,3	23	23,0
35 a 44	15	15,0	23	22,5	19	19,0
45 a 54	12	12,0	14	13,7	15	15,0
55 a 64	7	7,0	7	6,9	16	16,0
Estado Civil						
solteiro	84	84,0	76	74,5	71	71,0
casado	11	11,0	9	8,8	20	20,0
viuvo	0	0,0	2	2,0	4	4,0
divorciado	1	1,0	4	3,9	0	0,0
união de facto	4	4,0	11	10,8	5	5,0
Ocupação/Profissão						
profissionais	47	47,0	49	48,0	16	16,0
trabalhador	8	8,0	11	10,8	13	13,0
agricultor	1	1,0	0	0,0	6	6,0
doméstica	18	18,0	23	22,5	40	40,0
estudante	13	13,0	10	9,8	14	14,0
desempregado	10	10,0	8	7,8	9	9,0
aposentado	3	3,0	1	1,0	2	2,0
Escolaridade						
analfabeto	3	3,0	5	4,9	8	8,0
primária	21	21,0	26	25,5	38	38,0
secundário	60	60,0	64	62,7	52	52,0
superior	16	16,0	7	6,9	2	2,0
Filhos(tem ou não)						
não	28	28,0	16	15,7	24	24,0
sim	72	72,0	86	84,3	76	76,0
Necessidade de intervenção						
Não (ASSIST<11)	76	76,0	82	80,4	91	91,0
Sim (ASSIST>=11)	24	24,0	20	19,6	9	9,0

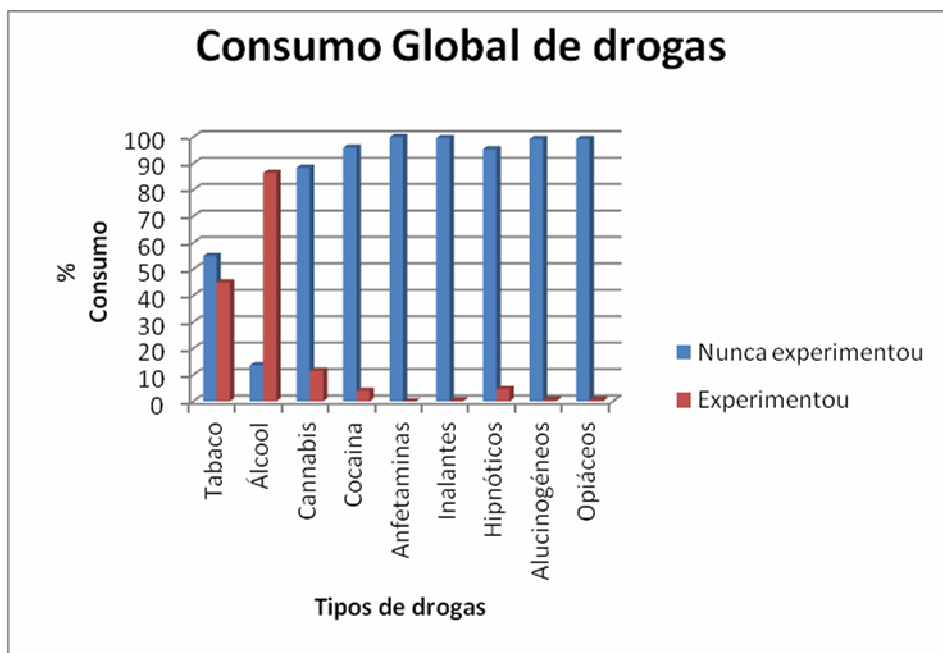
4.6. Resultados:

Os resultados globais mostram que as drogas lícitas são as mais consumidas. 261 (86,4%) já experimentou álcool, seguido de 136 (45%) para o tabaco, 35 (11,6%) para cannabis, 14 (4,6%) hipnóticos e sedativos e 12 (4%) cocaína. O consumo das outras drogas é inexpressivo.

Nenhum dos participantes disse ter consumido alguma droga por via injetável.

O gráfico 1 mostra a percentagem das diferentes drogas experimentadas.

Gráfico1: drogas consumidas



Dos 261 sujeitos que experimentaram o álcool, 208 (68,9%) não necessitam de nenhuma intervenção, 40 (13,2%) necessitam de uma intervenção breve e 13 (4,3%) de encaminhamento para tratamento especializado.

A maioria dos que nunca experimentaram álcool estão em Picos (21), enquanto que a maior parte dos que necessitam IB são de ASA (21). Em Achadinha encontramos o maior número (8) dos que precisam de encaminhamento.

Dos 40 que necessitam de IB, 28 (70%) são do sexo masculino e 12 (30%) do sexo feminino e os com encaminhamento para especialista 10 (76,9%) são do sexo masculino e apenas 3 (23,1%) são mulheres.

Os resultados em cada um dos Centros de saúde estão representados na tabela 2

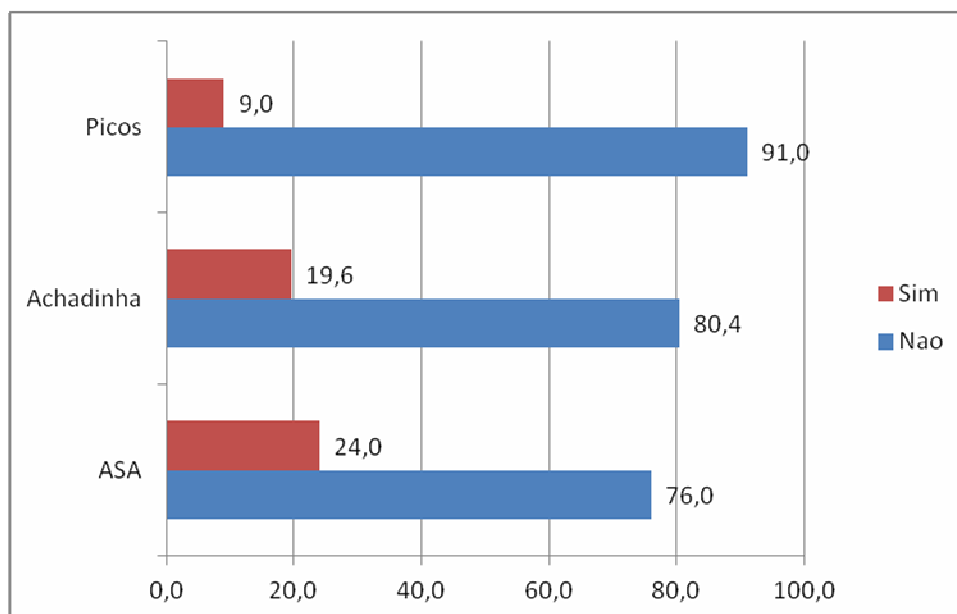
Tabela 2: consumo do álcool por centro de saúde

Alcool/ C. Saúde	<i>Nunca experimentou</i>			<i>Nenhuma intervenção</i>			<i>Intervenção Breve</i>			<i>Encaminhamento</i>			Total
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
<i>ASA</i>	5	9	14	35	27	62	14	7	21	1	2	3	100
<i>Achadinha</i>	2	4	6	24	52	76	7	5	12	7	1	8	102
<i>Picos</i>	4	17	21	21	49	70	7	0	7	2	0	2	100
<i>Total</i>	11	30	41	80	128	208	28	12	40	10	3	13	302

M: Masculino F: Feminino

A percentagem relativa a distribuição dos inquiridos em cada um dos três centros de saúde segundo a necessidade de intervenção (IB + Encaminhamento) encontra-se representado no gráfico 2.

Gráfico 2: distribuição dos inquiridos por centros pesquisados, segundo a necessidade de intervenção (pelo ASSIST), em relação ao consumo de álcool



No centro de saúde de ASA encontramos o maior número de pessoas que precisam de alguma intervenção, mas neste centro o consumo de álcool não mostrou associação significativa a nenhuma das variáveis socio demográficas, nem ao consumo do tabaco.

Em Achadinha, há uma diferença estatisticamente significativa entre os homens e as mulheres relativamente ao consumo do álcool ($p\text{-value}=.002$) nota-se o mesmo relativamente ao consumo de risco do tabaco e os que não consomem ($p\text{-value}= .000$). Há uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de risco do álcool e tabaco.

O centro de saúde dos Picos é, dos 3 centros, onde há menos pessoas que precisam de intervenção. Da mesma forma que em Achadinha, há uma diferença estatisticamente significativa entre os homens e as mulheres ($p\text{-value}= .000$) e em relação aos que consomem tabaco a um nível de risco e os que não consomem ($p\text{-value}=.003$) relativamente ao consumo de álcool. Em Picos regista-se também uma diferença no consumo do álcool entre as pessoas com filhos e as que não tem filhos.

Na tabela 3 estão representados os resultados do teste da associação entre consumo e as diferentes variáveis em estudo, em cada um dos três centros.

Tabela 3: Perfil dos inquiridos segundo a necessidade de intervenção , e teste de associação (dependência)

	ASA			Achadinha			Picos		
	Necessidade de intervenção		Chi-Square Tests	Necessidade de intervenção		Chi-Square Testsc	Necessidade de intervenção		Chi-Square Testsc
<i>Variável</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>P-value</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>P-value</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>P-value</i>
Género	n=76	n= 24		n=82	n=20		n=91	n=9	
masculino	41,8	13,2	,397	32,2	7,8	,002	30,9	3,1	,000
feminino	34,2	10,8		49,8	12,2		60,1	5,9	
Idade									
18 a 24	20,5	6,5	,612	16,1	3,9	,400	24,6	2,4	,395
25 a 34	29,6	9,4		30,5	7,5		20,9	2,1	
35 a 44	11,4	3,6		18,5	4,5		17,3	1,7	
45 a 54	9,1	2,9		11,3	2,7		13,7	1,4	
55 a 64	5,3	1,7		5,6	1,4		14,6	1,4	
Estado									
solteiro	63,8	20,2	,136	61,1	14,9	,689	64,6	6,4	,662
casado	8,4	2,6		7,2	1,8		18,2	1,8	
viuvo	,0	,0		1,6	,4		3,6	,4	
divorciad	,8	,2		3,2	,8		,0	,0	
união de	3,0	1,0		8,8	2,2		4,6	,5	
profissão									
profission	35,7	11,3	,760	39,4	9,6	,560	14,6	1,4	,033
trabalhado	6,1	1,9		8,8	2,2		11,8	1,2	
agricultor	,8	,2		,0	,0		5,5	,5	
doméstica	13,7	4,3		18,5	4,5		36,4	3,6	
estudante	9,9	3,1		8,0	2,0		12,7	1,3	
desempregado	7,6	2,4		6,4	1,6		8,2	,8	
aposentad	2,3	,7		,8	,2		1,8	,2	
Escolaridade									
analfabeto	2,3	,7	,036	4,0	1,0	,302	7,3	,7	,693
primária	16,0	5,0		20,9	5,1		34,6	3,4	
secundária	45,6	14,4		51,5	12,5		47,3	4,7	
superior	12,2	3,8		5,6	1,4		1,8	,2	
Filhos									
não	21,3	6,7	,909	12,9	3,1	,201	21,8	2,2	,002
sim	54,7	17,3		69,1	16,9		69,2	6,8	
Tabaco									
Não (<4)	73,0	23,0	,962	74,0	18,0	,000	79,2	7,8	,003
Sim(>=4)	3,0	1,0		8,0	2,0		11,8	1,2	

A maior parte dos que necessitam de alguma intervenção, nos 3 centros situam nas faixas etárias mais jovens entre os 18-34 anos, embora a diferença em relação às outras idades não se mostrou estatisticamente significativa.

Para os viúvos e divorciados não há nenhum caso que necessite de Intervenção Breve ou encaminhamento. A maioria dos que necessitam Intervenção Breve ou encaminhamento é solteira mas a variável estado civil não revelou estatisticamente significativa em relação ao consumo do álcool.

Em relação ao nível de escolaridade, são os com o nível secundário que representam a maioria. Esta variável revelou significância estatística apenas no bairro de ASA, onde as pessoas não instruídas (analfabetas) revelaram consumo diferente das com nível de escolaridade superior ($p\text{-value} = 0.036$) mas dado a dimensão reduzida deste grupo na amostra não permitiu análise mais aprofundada desta variável.

Quanto à ocupação, os funcionários (Profissionais) nos Picos, revelaram uma diferença estatisticamente significativa quanto ao consumo relativamente às outras profissões.

A tabela 4 mostra as variáveis com efeito no consumo e necessidade de Intervenção Breve ou encaminhamento para especialista.

O sexo feminino mostra valores de prevalência inferior relativamente ao sexo masculino, mas nos Picos a reduzida representação relativamente a esta variável não foi possível testes mais aprofundados. O consumo do tabaco mostrou estar relacionado com o consumo do álcool e no centro de saúde dos Picos uma probabilidade bastante acentuada, aumentando em cerca de 7 vezes mais a probabilidade de ter consumo de risco do álcool quando existe consumo de risco do tabaco .

Tabela 4: efeito bruto de cada uma das variáveis selecionadas sobre o consumo necessidade de intervenção, regressão logística simples (Odd Ratio)

Variavel	ASA					Achadinha					Picos				
	Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95%		Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95%		Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95%	
				Lim.Inf	Lim.Sup				Lim.Inf	Lim.Sup				Lim.Inf	Lim.Sup
Sexo	n=100					n=102					n=100				
masculino	13,20	1,00				7,84	1,00				3,06	1,00			
feminino	10,80	0,67	0,40	0,26	1,70	12,16	0,20	0,00	0,07	0,58	5,94	a			
Idade															
18 a 24	6,48	2,10	0,53	0,21	20,60	3,92	46,90	0,00	7,70	286,00	2,43	1,88	0,60	0,18	19,73
25 a 34	9,36	2,67	0,39	0,29	24,60	7,45	50,30	0,00	9,54	265,00	2,07	3,16	0,33	0,32	31,29
35 a 44	3,60	0,92	0,95	0,07	12,20	4,51	21,10	0,00	3,07	145,00	1,71	0,83	0,90	0,05	14,48
45 a 54	2,88	1,20	0,89	0,09	16,20	2,75	23,50	a			1,35	a			
55 a 64	1,68	1,00				1,37	1,00				1,44	1,00			
Estado Civil															
solteiro	20,16	1,00				14,90	1,00				6,39	1,00			
casado	2,64	1,38	0,66	0,33	5,70	1,76	0,43	0,45	0,05	3,72	1,80	0,48	0,51		
viuvo	0,00	a				0,39					0,36	a			
divorciado	0,24	a				0,78					0,00	a			
união de facto	0,96	11,00	0,04	1,07	112,20	2,16	0,77	0,75	0,15	3,91	0,45	2,29	0,49		
profissão															
profissionais	11,28	0,85	0,90	0,07	10,14	27,50	0,00		5,83	129,00	1,44	22,00	0,00	26,78	1810,00
trabalhador	1,92	0,67	0,78	0,04	11,94	52,80	0,00		7,94	351,00	1,17	68,50	0,00	102,00	4600,00
agricultor	0,24	a									0,54	30,80			
doméstica	4,32	0,40	0,51	0,03	5,96	21,10	0,00		3,43	130,00	3,60	a		22,49	4220,00
estudante	3,12	0,60	0,71	0,04	9,16	60,30	0,00		11,80	605,00	1,26	25,70	a		
desempregado	2,40	0,22	0,35	0,01	5,28	84,50	0,00		0,00	0,00	0,81	a			
aposentado	0,72	1,00				1,00					0,18	1,00	1,00		
Escolaridade															
analfabeto	0,72	a				0,98	1,50	0,79	0,07	31,57	0,72	a			
primária	5,04	0,74	0,77	0,09	5,89	5,10	0,50	0,60	0,04	6,48	3,42	8,28	0,00	1,93	35,40
secundário	14,40	3,50	0,12	0,72	16,92	12,55	2,00	0,54	0,22	17,89	4,68	12,60	0,00	a	a
superior	3,84	1,00				1,37	1,00				0,18	1,00			
Filhos															
não	6,72	1,00	0,71	0,43	3,49	3,14	1,00				2,16	1,00			
sim	17,28	1,22				16,86	0,46	0,21	0,14	1,54	6,84	0,12	0,01	0,03	0,54
tabagismo															
não	23,04	1,00	0,96	0,10	10,67	18,04	1,00				7,83	1,00			
sim	0,96	1,06				1,96	1,42	0,00	3,25	61,93	1,17	7,29	0,01	1,65	32,15

Nota: *a*- significa número de observação insuficiente para realizar o teste

A tabela 5 mostra o efeito de cada uma das variáveis, sobre o consumo estando controladas as outras. O sexo feminino mostrou estar associado a menor consumo embora em Picos não foi possível aprofundar os testes. A variável consumo do tabaco mostrou ter um efeito importante, particularmente em Achadinha, onde esta probabilidade de consumo de risco do álcool para os consumidores de risco do tabaco aumenta para quase 50 vezes sendo estatisticamente significativo a .01. Nos Picos o efeito desta variável passa a ser significativo a .10.

Tabela 5: efeito líquido de cada uma das variáveis selecionadas sobre o consumo e a necessidade de intervenção, regressão logística múltipla (Odd Ratio)

Variavel	ASA					Achadinha					Picos				
	Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95 %		Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95 %		Prevalência (%)	Odd Ratio	P-value	Intervalo confiança 95 %	
				Lim.Inf	Lim.Sup				Lim.Inf	Lim.Sup				Lim.Inf	Lim.Sup
Sexo	n=100					n=102					n=100				
masculino	13,20	1,00				7,84	1,00				3,06	1,00			
feminino	10,80	0,50	0,30	0,14	1,82	12,16	0,13	0,03	0,02	0,77	5,94	a		a	a
Idade															
18 a 24	6,48	1,23	0,84	0,17	8,66	3,92	3,17	0,43	0,18	55,22	2,43	0,72	0,91	0,00	161,35
25 a 34	9,36	1,35	0,73	0,25	7,48	7,45	2,68	0,42	0,24	30,01	2,07	1,70	0,82	0,02	155,98
35 a 44	3,60	0,51	0,54	0,06	4,31	4,51	1,39	0,81	0,09	21,11	1,71	0,64	0,85	0,01	69,55
45 a 64	4,56	1,00				4,12	1,00	0,00			2,79	1,00	0,00		
Profissão															
profissionais	11,28	3,11	0,20	0,54	17,85	2,75	0,25	0,19	0,03	1,96	1,44	10,50	0,00	0,07	1520,00
trabalhador/ Agricultor	2,16	1,42	0,77	0,14	14,15		0,29	0,35	0,02	3,90	1,71	1,60	0,00	0,07	37,30
doméstica	4,32	2,20	0,51	0,21	22,76	2,11	1,37	0,78	0,15	12,81	3,60	a		a	a
estudante	3,12	2,17	0,49	0,24	20,04	6,03	1,16	0,90	0,12	11,37	1,26	2,69	0,00		
desempregado/Aposentado		1,00					1,00					1,00			
Escolaridade															
analfabeto/ primario	5,76	0,93	0,95	0,09	9,75	6,08	0,70	0,84	0,02	19,80	4,14	15,30	0,00	0,82	286,00
secundário	14,40	4,75	0,07	0,90	25,16	12,55	7,49	0,19	0,37	150,47	4,68	13,40	0,00	a	a
superior	3,84	1,00				1,37	1,00				0,18	1,00			
Filhos															
não	6,72	1,00				3,14	1,00				2,16	1,00			
sim	17,28	1,60	0,51	0,40	6,36	16,86	1,96	0,47	0,32	11,98	6,84	0,05	0,20	0,00	4,92
Tabagismo															
não	23,04	1,00				18,04	1,00				7,83	1,00			
sim	0,96	0,76	0,84	0,06	9,79	1,96	49,10	0,01	3,24	743,93	1,17	11,16	0,10	0,63	197,69

Nota: *a*- significa número de observação insuficiente para realizar o teste

Nos últimos 3 meses 114 (37,7%) não consumiram álcool, e 188 (62,3%) consumiram (gráfico 3).

Gráfico 3: Consumo do álcool nos últimos 3 meses



Nos Picos 48 participantes não consumiram álcool nos últimos 3 meses. Em ASA 35 participantes não consumiram álcool nos últimos 3 meses e em Achadinha 31 não consumiram. Para os que consumiram 71 estão em Achadinha, 65 em ASA e 52 em Picos. O teste do qui-quadrado mostrou que havia associação entre o consumo do álcool nos últimos 3 meses e os Centros de saúde, ao nível de significância de 5%, o valor de Asymp. Sig. (2-sided)=0,028 (tabela 6 e 7). É no Centro de saúde dos Picos que encontramos o maior número das pessoas que não consumiram álcool nos últimos 3 meses, 42,1% e também o menor número entre as pessoas que consumiram álcool nos últimos 3 meses, 27,7%. No centro de saúde de Achadinha o maior número de pessoas consumiu álcool nos últimos 3 meses, correspondem a

37,8% dos participantes que consumiram e os que não consumiram correspondem a 27,2% dos que não consumiram (Tabela 6 e 7).

Tabela 6: Consumo álcool ultimos 3 meses/Centro de saúde

			Centro de saúde			Total
			ASA	Achadinha	Picos	
Consumo álcool ultimos 3 meses	não	Count	35	31	48	114
		Expected Count	37,7	38,5	37,7	114,0
		% within consumo alcool ultimos 3 meses	30,7%	27,2%	42,1%	100,0%
	sim	Count	65	71	52	188
		Expected Count	62,3	63,5	62,3	188,0
		% within consumo alcool ultimos 3 meses	34,6%	37,8%	27,7%	100,0%
Total		Count	100	102	100	302
		Expected Count	100,0	102,0	100,0	302,0
		% within consumo alcool ultimos 3 meses	33,1%	33,8%	33,1%	100,0%

Tabela 7: Chi-Square Tests/CentroSaúde

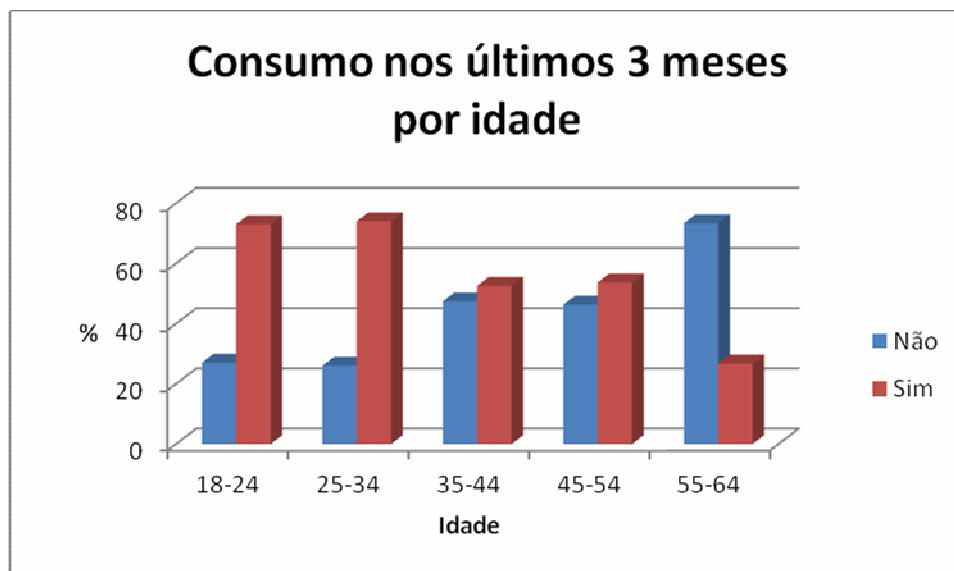
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7,143 ^a	2	,028	,027		
Likelihood Ratio	7,097	2	,029	,030		
Fisher's Exact Test	7,035			,030		
Linear-by-Linear Association	3,584 ^b	1	,058	,068	,034	,010
N of Valid Cases	302					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,75.

b. The standardized statistic is -1,893.

A maioria dos que consumiram álcool nos últimos 3 meses situa na faixa etária dos 18-34 anos. (gráfico 4).

Gráfico 4: Consumo do álcool por faixa etária nos últimos 3 meses



Para esta variável o teste qui-quadrado mostrou também associação significativa, Asymp. Sig. (2-sided)=0,000 (Tabela 8 e 9).

Tabela 8: Consumo alcool últimos 3 meses/idade1

		idade1					Total	
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64		
Consumo alcool últimos 3 meses	Count	20	26	27	19	22	114	
	% within consumo alcool últimos 3 meses	17,5%	22,8%	23,7%	16,7%	19,3%	100,0%	
	% within idade1	27,0%	26,0%	47,4%	46,3%	73,3%	37,7%	
	sim	Count	54	74	30	22	8	188
	% within consumo alcool últimos 3 meses	28,7%	39,4%	16,0%	11,7%	4,3%	100,0%	
	% within idade1	73,0%	74,0%	52,6%	53,7%	26,7%	62,3%	
Total	Count	74	100	57	41	30	302	
	% within consumo alcool últimos 3 meses	24,5%	33,1%	18,9%	13,6%	9,9%	100,0%	
	% within idade1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 9: Chi-Square Tests/Idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,193 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	29,095	4	,000
Linear-by-Linear Association	24,073	1	,000
N of Valid Cases	302		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,32.

Da mesma forma a variável nível de escolaridade mostrou associação significativa com o consumo do álcool nos últimos 3 meses. Da análise do teste de Qui-quadrado verifica-se que ao nível de significância de 5%, o valor de Asymp. Sig. (2-sided)=0,000, maior que 0,05 ou seja 5% haveria lugar para não rejeitar a hipótese *de o consumo de álcool nos últimos três meses ser idêntica (independente) para cada categoria do nível de instrução* (Tabela 10 e 11).

Tabela 10: consumo alcool ultimos3meses/escolaridade

			escolaridade				Total
			analfabeto	primária	secundário	superior	
Consumo alcool ultimos 3 meses	não	Count	12	41	54	7	114
		Expected Count	6,0	32,1	66,4	9,4	114,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	10,5%	36,0%	47,4%	6,1%	100,0%
	sim	Count	4	44	122	18	188
		Expected Count	10,0	52,9	109,6	15,6	188,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	2,1%	23,4%	64,9%	9,6%	100,0%
Total	Count		16	85	176	25	302
	Expected Count		16,0	85,0	176,0	25,0	302,0
	% within consumoalcool ultimos3meses		5,3%	28,1%	58,3%	8,3%	100,0%

Tabela 11: Chi-Square Tests/escolaridade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	18,178 ^a	3	,000	,000		
Likelihood Ratio	17,952	3	,000	,001		
Fisher's Exact Test	17,613			,000		
Linear-by-Linear Association	15,736 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	302					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,04.

b. The standardized statistic is 3,967.

A ocupação profissional mostrou também associação significativa com o consumo do álcool nos últimos 3 meses. Verificou-se que pela análise da estatística de teste do Qui-quadrado com nível de significância de 5% que a probabilidade do consumo do álcool nos últimos 3 meses e a profissão serem independentes, nesta pesquisa é muito fraca pois Asymp. Sig. (2-sided) = 0,000 < 5% e que portanto ao nível de significância de 5% rejeita-se a hipótese de serem independentes (tabela 12 e 13).

Tabela 12: consumo álcool ultimos 3 meses/profissão

			consumoalcohol ultimos3meses		Total
			não	sim	
profissão	profissionais	Count	34	78	112
		Expected Count	42,3	69,7	112,0
		% within profissão	30,4%	69,6%	100,0%
	trabalhador	Count	8	24	32
		Expected Count	12,1	19,9	32,0
		% within profissão	25,0%	75,0%	100,0%
	agricultor	Count	4	3	7
		Expected Count	2,6	4,4	7,0
		% within profissão	57,1%	42,9%	100,0%
	doméstica	Count	47	34	81
		Expected Count	30,6	50,4	81,0
		% within profissão	58,0%	42,0%	100,0%
	estudante	Count	7	30	37
		Expected Count	14,0	23,0	37,0
		% within profissão	18,9%	81,1%	100,0%
	desempregado	Count	11	16	27
		Expected Count	10,2	16,8	27,0
		% within profissão	40,7%	59,3%	100,0%
	aposentado	Count	3	3	6
		Expected Count	2,3	3,7	6,0
		% within profissão	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Count	114	188	302
		Expected Count	114,0	188,0	302,0
		% within profissão	37,7%	62,3%	100,0%

Tabela 13 : Chi-Square Tests/profissão

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	26,177 ^a	6	,000	,000		
Likelihood Ratio	26,384	6	,000	,000		
Fisher's Exact Test	26,025			,000		
Linear-by-Linear Association	3,285 ^b	1	,070	,075	,038	,005
N of Valid Cases	302					

a. 4 cells (28,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,26.

b. The standardized statistic is -1,813.

O sexo dos participantes mostrou também associação significativa com o consumo do álcool nos últimos 3 meses. O teste de relação de dependência entre o consumo do álcool e o sexo leva-nos também a rejeitar a hipótese da independência entre os dois ao nível de significância de 5% (Asymp. Sig. (2-sided) =0,001) (tabela 14 e 15).

Tabela 14: consumo alcool ultimos3meses/sexo

			sexo		Total
			masculino	feminino	
consumoalcohol ultimos3meses	não	Count	35	79	114
		Expected Count	48,7	65,3	114,0
		% within consumoalcohol ultimos3meses	30,7%	69,3%	100,0%
	sim	Count	94	94	188
		Expected Count	80,3	107,7	188,0
		% within consumoalcohol ultimos3meses	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Count	129	173	302	
	Expected Count	129,0	173,0	302,0	
	% within consumoalcohol ultimos3meses	42,7%	57,3%	100,0%	

Tabela 15 : Chi-Square Tests/sexo

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,801 ^a	1	,001	,001	,001
Continuity Correction ^b	10,027	1	,002		
Likelihood Ratio	10,998	1	,001	,001	,001
Fisher's Exact Test				,001	,001
N of Valid Cases	302				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,70.

b. Computed only for a 2x2 table

A variável estado civil não mostrou associação significativa ao consumo do álcool nos últimos 3 meses (tabela 16 e 17).

Tabela 16: consumo alcool ultimos 3 meses/estado civil

			Estado civil					Total
			Soleiro	Casado	Viuvo	Separado	Uniao de facto	
Consumo alcool ultimos 3meses	não	Count	83	18	4	3	6	114
		Expected Count	87,2	15,1	2,3	1,9	7,5	114,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	72,8%	15,8%	3,5%	2,6%	5,3%	100,0 %
	sim	Count	148	22	2	2	14	188
		Expected Count	143,8	24,9	3,7	3,1	12,5	188,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	78,7%	11,7%	1,1%	1,1%	7,4%	100,0 %
Total	Count		231	40	6	5	20	302
	Expected Count		231,0	40,0	6,0	5,0	20,0	302,0
	% within consumoalcool ultimos3meses		76,5%	13,2%	2,0%	1,7%	6,6%	100,0 %

Tabela 17: Chi-Square Tests/estado civil

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,920 ^a	4	,296	,306
Likelihood Ratio	4,794	4	,309	,365
Fisher's Exact Test	4,924			,290
N of Valid Cases	302			

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,89.

O consumo do tabaco nos últimos 3 meses não mostrou associação significativa ao consumo do álcool, nos últimos 3 meses (tabela 18 e 19).

Tabela 18: CONSUMO DO ALCOOL/ CONSUMO DO TABACO ULTIMOS 3 MESES

			Consumo tabaco ultimos 3 meses		Total
			não	sim	
Consumo alcool ultimos 3 meses	não	Count	102	12	114
		Expected Count	97,4	16,6	114,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	89,5%	10,5%	100,0%
	sim	Count	156	32	188
		Expected Count	160,6	27,4	188,0
		% within consumoalcool ultimos3meses	83,0%	17,0%	100,0%
Total	Count		258	44	302
	Expected Count		258,0	44,0	302,0
	% within consumoalcool ultimos3meses		85,4%	14,6%	100,0%

Tabela 19: Chi-Square Tests/consumo tabaco ultimos3meses

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,405 ^a	1	,121	,133	,082	,041
Continuity Correction ^b	1,912	1	,167			
Likelihood Ratio	2,501	1	,114	,133	,082	
Fisher's Exact Test				,133	,082	
Linear-by-Linear Association	2,397 ^c	1	,122	,133	,082	
N of Valid Cases	302					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,61.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,548.

Perfil de consumo

No centro de saúde de ASA o consumo do álcool de risco não se revelou associado a nenhuma das variáveis. Os indivíduos do sexo masculino e os do sexo feminino não se diferenciam quanto ao consumo. Verifica-se o mesmo em relação aos vários grupos etários e as diferentes ocupações profissionais ou estado civil tanto quando o efeito destas variáveis estão associadas ou quando se procura o efeito isolado de cada uma delas.

Em Achadinha e Picos são os indivíduos do sexo masculino que mais consomem álcool nos níveis de alto risco ou moderado.

Embora sem significância estatística, as faixas etárias mais jovens, dos 18 aos 34 anos revelam níveis de consumo superior, quando tomados por referência os com idade entre os 55 e 64 anos.

Em relação à ocupação profissional, o resultado mais expressivo encontra-se em Achadinda, quando tendo por referência os aposentados, verifica-se que são os desempregados que tem os níveis superiores de consumo, com os estudantes depois e os trabalhadores a seguir. Em Picos são os trabalhadores que aparecem em primeiro lugar seguido pelos agricultores e estudantes.

Quanto ao nível de escolaridade, em todos os centros de saúde, as pessoas com nível superior revelaram consumo de risco inferior quando comparados aos outros. Contudo em ASA e Achadinha as pessoas com nível de instrução primária mostraram níveis de consumo inferior contrariamente a Picos onde é entre as com nível primário que encontramos uma tendência para consumo de risco mais de 8 vezes superior, tendo por referência o nível de ensino superior. O facto de as pessoas terem filhos ou não que tinha revelado diferença

significativa em Picos, mostrou que as pessoas com filhos tinham níveis de consumo inferior comparados às sem filhos. Embora sem significância estatística verifica-se a mesma tendência em Achadinha mas em ASA nota-se o contrário, as pessoas com filhos tendem para níveis de consumo superior às que têm filhos (tabela 4).

O consumo do álcool nos últimos 3 meses mostrou estar associado às variáveis sexo, faixa etária, nível de escolaridade, ocupação profissional e local de residência. A variável estado civil não mostrou associação significativa ao consumo do álcool nos últimos 3 meses.

Os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária mais jovem ou residentes nos bairros da capital consumiram mais do que os do sexo feminino, na faixa etária superior a 34 anos ou residentes na zona rural.

Álcool e Tabaco

O consumo de risco do tabaco mostrou estar associado também ao consumo de risco do álcool sendo que os que pontuam no ASSIST ≥ 4 aumentam também a possibilidade de obterem pontuação superior ou igual a 11 para o álcool. Em ASA esta associação não foi significativa o que se verificou nos dois outros centros, mas mesmo em ASA verifica-se uma tendência maior para consumo de risco do álcool para os que tem esse consumo de tabaco quando comparados aos que não o tem. (Tabela 4). O efeito desta variável continua mesmo estando as outras variáveis controladas, em Achadinha muito mais subindo para quase 50 vezes mais enquanto que em Picos, devido aos poucos dados, só encontramos significância a .10 (tabela 5).

O consumo do álcool nos últimos 3 meses não mostrou associação significativa ao consumo do tabaco nos últimos 3 meses.

4.7. Discussão

Regista-se uma diferença universal no consumo de álcool entre os homens e as mulheres, e a dimensão varia muito nas diferentes sociedades, historicamente e relativamente ao padrão de consumo mas estas diferenças não estão ainda adequadamente explicadas. (WHO, 2005). Muitas razões

podem explicar estas diferenças nos diversos contextos e algumas abordagens teóricas como as relativas a poder, sexo, risco e responsabilidade, tentam uma compreensão a esta diferença no comportamento entre os homens e as mulheres face ao consumo do álcool.

A nível internacional, vários estudos mostraram que o consumo nos homens é superior às mulheres (WHO, 2005). Alguns países da África mostraram taxas de consumo nas mulheres superior aos homens, em particular nos mais jovens, caso da Zambia (OMS, 2008), Uganda (Tumwesigye & Casyrie, 2005).

Neste estudo, era esperado os dois centros de saúde situados numa zona urbana apresentarem resultados diferentes dos encontrados no centro de saúde da zona rural. Em alguns aspectos notámos esta diferenciação entre o meio urbano e o rural como níveis de consumo nas mulheres, nível de abstenção. No entanto algumas particularidades se verificaram entre o centro de saúde de ASA e os dois outros. Entre Picos e Achadinha os resultados foram quase sempre no mesmo sentido e as diferenças registadas foram mais no sentido de maior amplitude. Assim, em ASA, os resultados não permitem confirmar a diferença no consumo do álcool comparando os homens e as mulheres enquanto que no centro de Achadinha e no dos Picos, os resultados mostraram diferença estatisticamente significativa entre consumo de risco do álcool (ASSIST>11) entre os homens e as mulheres, sendo mais acentuada em Picos, os homens nestes dois centros apresentando níveis superiores de consumo. Os estudos existentes embora realizados em populações diferentes (jovens das escolas secundárias e EBI) tem também mostrado consumo nos indivíduos do sexo masculino superior aos do sexo feminino. Neste estudo, a população abrangida se situava na idade compreendida entre os 18 e 64 anos e foi nas faixas etárias mais jovens que se encontrou a maior prevalência de consumo de risco, particularmente em Picos, para os jovens dos 18 aos 24 anos.

O consumo do álcool nos últimos 3 meses foi superior nos homens e nos mais jovens e como esperado foi superior nos centros urbanos do que no rural.

O inquérito sobre os factores de risco para as doenças não transmissíveis tinha também mostrado a maior prevalência de consumo nos homens e nas faixas etárias entre os 25 - 34 anos.

Estudos realizados em diferentes países como Brasil, Reino Unido, entre outros, mostraram associação entre consumo de tabaco e álcool.

Vários estudos tem demonstrado alta comorbidade entre o uso do tabaco e problemas relacionados com o álcool (Leeman et al. 2008). Num desses estudos foi demonstrado que o consumo pesado estava associado a consumo de tabaco. Nos dias de consumo pesado há mais probabilidade de consumo do tabaco e ainda o uso nocivo associa-se a maior probabilidade de recaída para consumo do tabaco que nos consumidores moderados ou abstinentes.

Estudos realizados nos Estados Unidos (McKee et al. 2007), além de mostrar a ligação entre consumo do álcool e tabaco mostrou também que os fumadores ocasionais tinham mais probabilidade de ter uso abusivo do álcool que os fumadores regulares. Os resultados do estudo mostraram que os que não fumavam diariamente tinham 5 vezes mais probabilidade de terem problemas relacionados com o álcool que os não fumadores enquanto que os que fumavam diariamente tinham 3 vezes mais probabilidade de ter problemas relacionados com o álcool que os não fumadores. Os autores consideram por isso que o uso do tabaco é um indicador de uso nocivo do álcool encorajando assim o rastreio junto a população com esse comportamento.

Em Cabo Verde, não encontramos estudos neste sentido. O estudo sobre factores de risco para as doenças não transmissíveis que analisou a prevalência do consumo do álcool, para o tabaco encontrou uma prevalência de 9,9% de fumadores sendo 15,9% de homens e 4,0% de mulheres mas não tinha por objecto o estudo da associação entre os dois factores de risco.

Este estudo mostrou associação entre o consumo de risco do álcool e do tabaco, segundo os resultados do questionário ASSIST, no centro de saúde de Achadinha situado numa zona urbana e no centro dos Picos, situado numa zona rural. No centro de ASA, os resultados não mostraram associação estatisticamente significativa entre consumo de risco do álcool e consumo de risco do tabaco.

O consumo do álcool nos últimos 3 meses, em relação ao total da amostra, também não mostrou associação significativa com o consumo do tabaco nos últimos 3 meses.

Algumas das diferenças encontradas nos resultados obtidos nos diferentes centros poderão estar relacionados às diferenças iniciais da amostra em estudo. Em ASA foi o único dos centros onde os homens estiveram mais representados que as mulheres. O que determina a maior presença de homens nas esperas para consultas são os curativos e a consulta de estomatologia, para extracção de dentes. Esta população pode contribuir para as diferenças manifestadas. Particularmente em ASA, a realização de outros estudos com amostra estratificada permitindo maior representatividade da população que frequenta o centro de saúde, poderá permitir maior generalização e fundamentação dos resultados obtidos.

Em Picos, os resultados referentes ao tabaco, podem ser relacionados ao consumo de “cancan” e não do cigarro como nos dois outros centros. Assim, quando se isola o efeito da variável consumo de risco do tabaco em relação a consumo de risco do álcool, a variável em Achadinha continua significativa a .01 mas em Picos perde significância, neste nível. Seria necessário outros estudos para melhor análise da situação em meio rural.

Os resultados nos 3 centros referem a população que frequenta os centros de saúde, seria necessário estudos com amostras maiores e representativas da população geral, que poderão mostrar resultados diferentes mas fornecem dados consistentes para as intervenções de acordo com a realidade nessas comunidades.

Algumas limitações a registar neste estudo são por um lado as respostas aos questionários face a face poderem influenciar alguns participantes quanto às suas respostas, por outro o tamanho reduzido da amostra não ter permitido o aprofundamento de análises relativas a algumas variáveis.

4.8. Conclusões

O estudo mostrou uma prevalência ao longo da vida de 86,4% e nos últimos 3 meses de 62,3%. Os que necessitam de intervenção breve correspondem a 13,2% e de encaminhamento para tratamento especializado representam 4,3%, o que sugere que pouco mais de 4% dos que procuram os serviços dos centros

de saúde terão critérios para diagnóstico de dependência do álcool. Com os recursos existentes pode-se organizar um programa adequado de intervenção para atender aos problemas relacionados com o álcool.

No centro de saúde de ASA 24% dos participantes tem um consumo de álcool de risco moderado ou alto, onde 21% necessita de intervenção breve e 3% precisa de orientação para tratamento especializado. De acordo com os resultados, a implementação efectiva do “projecto ASSIST e intervenções breves” poderá responder a uma importante parte da questão. A formação dos profissionais deste centro em ASSIST e intervenções breves permite o rastreio e intervenções precoces junto aos que se situam a este nível de intervenções e ao mesmo tempo o encaminhamento adequado dos que precisam de tratamento especializado, ou então a organização programada da deslocação inicial dos especialistas a este centro, em concertação com o serviço de psiquiatria do hospital central, para posterior assunção de todos os casos pelos profissionais do centro. Os resultados não revelaram nenhuma variável específica associada ao consumo de risco do álcool o que requer a nível da prevenção primária uma intervenção global com a concepção de programas específicos para todos os grupos, tendo em conta a idade, o meio a que pertencem, a linguagem específica de cada grupo ou comunidade. Verificou-se que não havia diferença entre os homens e as mulheres quanto ao consumo de risco do álcool. Este dado requer uma atenção particular às mulheres, com programas especialmente dirigidos a esta população, particularmente as em idade fértil visando prevenir as consequências específicas do consumo do álcool nas mulheres, tendo em conta as vulnerabilidades específicas inerentes ao género feminino. O consumo do álcool nos últimos 3 meses mostrou maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino e mais jovens por esta razão as intervenções devem ser dirigidas a esses grupos alvos evitando chegar ao consumo de risco.

No centro de saúde de Achadinha 19,6% tem um consumo de álcool nos níveis de risco moderado ou alto e destes 11,8% precisam de intervenção breve e 7,8% de encaminhamento para especialista. Neste centro a implementação efectiva do projecto ASSIST e intervenções breves irá permitir uma atenção

adequada aos seus utentes atendendo às questões relativas ao consumo do álcool e seus prejuízos. Atendendo a que os casos sugestivos de dependência se eleva a mais de 7% justifica que os profissionais do centro de saúde sejam capacitados para atenderem no centro, visto que os que revelaram maiores problemas são os desempregados, sendo aqueles com menores capacidades financeiras, por esta razão teriam mais dificuldades em se deslocar ao Hospital Trindade.

Neste centro os homens revelaram consumir a níveis de risco superior às mulheres e o consumo de risco do tabaco também se mostrou associado ao consumo de risco do álcool. Verificou-se que neste centro, a variável ocupação profissional tem efeito no consumo. Embora outras variáveis possam concorrer, os desempregados revelaram níveis de consumo superior a todos os outros. Os estudantes também mostraram níveis elevados de consumo. Logo depois destes dois grupos estão os trabalhadores. Assim, a nível da prevenção primária, em parceria com outras organizações como as comunitárias, religiosas, intervenções específicas junto a estes grupos devem ser concebidas e implementadas visando mudar a atitude desta população face ao consumo do álcool.

Nos últimos 3 meses o consumo do álcool foi superior nos homens e nos mais jovens, da mesma forma as intervenções devem ser reforçadas para evitar chegar ao consumo de risco.

No centro de saúde dos Picos, 9% tem um consumo de álcool de risco dos quais 7% necessita de intervenção breve e 2% de encaminhamento. Tendo em conta que este centro de saúde pertence à delegacia de saúde de Santa Catarina, a implementação do projecto ASSIST e intervenções breves deverá ser integrada, de forma a que as acções de formação sejam concertadas e enquadradas na programação da delegacia de saúde e envolva um maior número de profissionais. Para os casos que devem ser orientados para tratamento especializado, a articulação com o hospital da Trindade poderá permitir o atendimento e orientação adequada para estes casos.

Os trabalhadores, as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos e os que consomem tabaco a nível de risco, revelaram ser as que tinham maior consumo de risco do álcool. Intervenções especificamente concebidas e

dirigidas a esta população alvo podem contribuir para mudar os comportamentos de consumo destes grupos alvos.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, os recursos existentes nos 3 centros de saúde, com a parceria de outros níveis e instituições no sistema nacional de saúde e outros podem permitir a melhoria da atenção aos problemas relacionados com o álcool.

Recomendações

Algumas observações prévias

1. O registo e a sistematização dos dados facilita o processo de pesquisa, desde a determinação de amostra representativa para realização de estudos ao conhecimento da situação real relativamente ao álcool e problemas relacionados bem como o fornecimento de dados confiáveis para os sistemas nos quais o país está inserido.
2. Na implementação de estratégias e intervenções eficazes para reduzir os malefícios do consumo do álcool, é importante ter em conta a relação custo-eficácia das diferentes estratégias
3. Como sugestão para a realização de outros estudos na sequência deste, a inscrição na agenda nacional para pesquisa em saúde, entre os temas prioritários, “o álcool e problemas relacionados”, abrirá a possibilidade para uma multitude de temas: a educação, nível de escolaridade e padrão de consumo, ocupação profissional e padrão de consumo, faixa etária e padrão de consumo, avaliação das intervenções breves nos consumidores de risco, relação entre consumo de álcool e tabaco. Os resultados poderão ajudar na planificação e orientação das intervenções, produzir dados que podem ser comparáveis, a nível nacional e internacional.
4. O alargamento deste estudo para o universo nacional permitirá conhecer a prevalência e o perfil de consumo e conceber intervenções baseadas em resultados de estudos.
5. As intervenções em outros domínios tem resultados a nível da saúde.

O combate ao uso indevido do álcool e prevenção dos transtornos relacionados com o álcool requer medidas a vários níveis. A actualização do Plano de acção

do Ministério da saúde pode priorizar algumas das medidas propostas, a curto prazo.

- A nível da prevenção primária, tendo em conta os resultados que não permitiram identificar grupos sócio-demográficos particulares associados ao consumo de risco do álcool uma atenção deverá ser tida em relação à população geral e não a qualquer grupo específico uma vez que todos estão expostos, com uma atenção especial às mulheres atendendo às vulnerabilidades inerentes ao género feminino.

Assim, entre as alterações sociais que visam modificar os padrões de consumo na população poder-se-ia destacar as que tem resultado em outras realidades:

- Tendo em conta que as medidas contra o álcool ao volante constitui uma das estratégias que tem dado resultados a nível da redução do consumo e dos acidentes e suas consequências, a implementação efectiva destas medidas é um passo importante no combate aos problemas do álcool. É importante que as medidas sejam cumpridas e quando as pessoas tenham interiorizado que a lei é mesmo para ser cumprida e não há como escapar às punições previstas. A Responsabilização do Ministério da Administração interna é primordial.
- A publicidade de bebidas alcoólicas é um outro dos aspectos essenciais nesta luta e a questão da associação de bebidas alcoólicas a eventos culturais com participação significativa de menores, que vem aumentando significativamente deve merecer atenção prioritária.
- O preço das bebidas alcoólicas influencia o consumo. Este aspecto pode ser visto, aumentando os preços das bebidas alcoólicas.
- Maior controle e fiscalização da produção nacional não declarada, pelos riscos ainda maiores que representam para a saúde dos consumidores tendo em atenção que os mais vulneráveis são em geral os mais afectados.
- Tendo em conta a idade de início do consumo ser baixa, há necessidade de programas consistentes para crianças e jovens, a nível da prevenção primária e secundária. O envolvimento do Ministério da Educação é indispensável.
- A nível do tratamento se por um lado a implementação do projecto ASSIST e IB pode ajudar em grande parte, há aspectos farmacológicos que são importantes a ter em conta. Num país onde se reconhece a amplitude

do consumo excessivo do álcool, certos medicamentos essenciais não devem nunca estar em ruptura no SNS.

Esperamos poder ter dado uma contribuição para dinamizar o processo em curso, com base na estratégia mundial de luta contra os malefícios do álcool, aprovada na Assembleia mundial da OMS, assente nos princípios que enformam a Política Nacional de Saúde e com enquadramento no “Plano de acção unificado de luta contra o uso abusivo de bebidas alcoólicas, alcoolismo e tabagismo para o quinquénio 2012-2016”, do Ministério da Saúde.

A melhoria na atenção aos problemas relacionados com uso indevido do álcool e à Saúde Mental podem ser conseguidas, particularmente quando se tem bem presente a necessária mudança de paradigma

- da exclusão à inclusão, se focalizando em primeiro lugar nas necessidades dos pacientes;
- do biomédico à abordagem psicosocial, com a implicação efectiva de outros sectores além da saúde, incluindo o papel determinante das famílias e comunidades;
- do tratamento a curto prazo para cuidados a longo prazo, sem deixar de investir na prevenção primária;
- do mórbido ao có-mórbido o que permite ter esta atenção global e integradora em saúde mental e ver os indivíduos sempre como um todo, com assunção dos valores que orientam os Cuidados Primários de Saúde (Saraceno, 2006).

4.9. Referências bibliográficas:

- 1 - Ali R., Vial R., Meena S., Alcohol, smoking, substance involvement screening test (ASSIST), Diffusion of innovation issues/phase IV concept paper, June 2009
- 2 – Alimi, E. & Chenu, C. (Coords.). Paris: Inserm, 2003
- 3 - APA, American Psychiatry Association, Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association, 1994
- 4 - Avalon de Bruijn, Alcohol marketing practices in Africa, Findings from the Gambia, Ghana, Nigeria and Uganda, WHO, Regional office for Africa, 2011
- 5 - Babor et al. 2004, Alcohol screening and brief intervention in primary care settings. Implementation models and predictors, Journal on studies of alcohol and drugs, 66 (3), 361-369
- 6 – Babor T, Grant M., Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: A randomised control trial of brief interventions in primary health care, WHO, 1992
- 7 - Babor T,(2008) Taking stock: twenty-five years of translation research on alcohol screening and brief interventions, Nordic studies on alcohol and drugs, vol. 25, (6) 578-580
- 8 - Babor T. Higgins- Biddle, Intervenções breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas, guia para utilização em cuidados primários de saúde, Administração regional de saúde do Norte, Ministério da saúde, publicado em 2001 pela OMS sob o título Brief interventions for hazardous and harmful drinking, a manual for use in primary care
- 9 - Babor T., revista toxicodependências, IDT, vol 15, nº1, 2009 pp 77-86
- 10- Bertholet N. et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, Arch Intern Med. 2005 May 9;165(9):986-95
- 11 - Carneiro E., Gigliotti A., Para além da teoria, a entrevista motivacional, in Aconselhamento, Climepsi, Lisboa, 2004

- 12 - Carvalho A., Políticas públicas sobre o álcool, in Álcool e Toxicodependências, Climepsi, Lisboa, 2004
- 13 – Castro, M.M.L.D.; Passos, S.R.L., Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas, Rev. Psiq.Clín. 32 (6); 330-335, 2005
- 14 - Coutinho E., Cadernos de saúde pública Vol. 8 Nº 1 Rio de Janeiro Jan/Mar. 1992
- 15 - Ferreira-Borges C. & Filho H., Aconselhamento, Climepsi, Lisboa, 2004
- 16 - Ferreira-Borges C. & Filho H., Álcool e Toxicodependências, Climepsi, Lisboa, 2004
- 17– Fleming M., Screening and brief intervention in primary care settings, Alcohol research & Health – vol. 28, Nº 2, 2004/2005
- 18 - Formigoni M.L., Detecção do uso de drogas e avaliação do impacto de uma intervenção breve em serviços de atenção primária a saúde, agosto 2007, disponível em www.bv.fapesp.br acesso 28-01- 2011
- 19 - Fridel M., Nilson M., Co-morbilidade – o consumo de drogas e as perturbações mentais, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2004
- 20– Garrido N., Portugueses levam vinho da ilha do Fogo (Cabo Verde) até Portugal e EUA, disponível em <http://fugas.publico.pt> acesso 21-08-2012
- 21– Gomes Irineu, Psicopatologia da miséria, gráfica do Mindelo, 2011
- 22 - Gordis E,(2000), Economic analysis Aids Alcohol research, Alcohol research & health, Vol. 24, nº1, 62-71
- 23 - Harwood et al., 1998, Economic Analysis Aids Alcohol research, Alcohol research & health
- 24 - Henrique I. et al., Validação da versão brasileira do test de envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST), Rev. Assoc. Med. Bras. 2004: 50 (2): 199-206
- 25 - Hides L. et al., The reliability and validity of alcohol smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in first-episode psychosis, 2009.

- 26- Humeniuk R. et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) -. Research report, Addiction, WHO 2008
- 27 - INE, Despesas anuais segundo tipo de despesas (em ECV), INE, IDRF, 2001/2002
- 28– INE, População residente e agregados familiares por zonas e lugares 2010, disponível em www.ine.cv
- 29 - INE, Principais produtos importados 2009-2011, INE, 2012
- 30 - Instituto Nacional de Estatística, Gabinete do recenseamento geral da população e habitação – RGPH 2010, resultados preliminares do recenseamento, Praia Setembro de 2010
- 31 - Minto E. et al., Intervenções breves para uso abusivo do álcool em atenção primária, Epidemiol. Servi, saúde, Brasília, 16 (3): 207-220, jul-set 2007
- 32- Leeman et al. Risk factors for treatment failure in smokers: Relationship to Alcohol use and to lif time history of an alcohol use disorder, Nicotine Tob Res. 2008 December: 10(12): 1793-1809
- 33 - Mac Marsall, Leanne Riley, Alcohol and public health in 8 developing countries, WHO, Geneva, 1999
- 34- MacCloud et al., Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a Psychiatric population British journal of psychiatry (2004 Schuckit M, Alcohol use),184,439 – 445
- 35 - MacKee et al. Smoking status as a clinical indicator for alcohol misuse in US adults, Arch Intern Med. 2007 April 9; 167: 716-721
- 36 - Mats Fridel, Margareta Nilson, Drogas em destaque, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2004
- 37– Ministério da Saúde, 2005, Plano preliminar de luta contra o alcoolismo, Ministério da Saúde, 2005
- 38 - Ministério da Saúde, 2007, Inquérito sobre factores de risco das Doenças Não Transmissíveis,
- 39 - Ministério da Saúde, 2007, Política Nacional de Saúde, Reformar para uma melhor saúde, Ministério da Saúde, Praia 2007
- 40 - Ministério da Saúde, 2008, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011 vol.I, Ministério da Saúde, Praia, 2008

- 41 - Ministério da Saúde, 2008, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011 vol.II, Ministério da Saúde, Praia, 2008
- 42 - Ministério da Saúde, 2011, Relatório estatístico 2010, Ministério da Saúde, Praia Novembro de 2011
- 43 - Ministério da Saúde, 2009, Plano Estratégico da Saúde Mental
- 44- Newcombe D., Humeniuk R., Ali R., Validation of the World health organization alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): report of results from the Australian site, Drug and Alcohol Review (May 2005), 24, 217-226
- 45 - Nunes A. Historial da viticultura na ilha do Fogo, disponível em www.manduco.net/historialdavinha.htm acesso em 21-08-2012
- 46 - OMS, 1992, Classificação Internacional das doenças, CID-10 – OMS, Genebra 1992
- 47- OMS, 2004, Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas, OMS, Genebra 2004
- 48– OMS, 2004, Relatório sobre a saúde no mundo 2004, OMS, Genebra, 2004
- 49– OMS, 2007, Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d' alcool, OMS série de rapports techniques, nº 944, deuxième rapport, OMS, 2007
- 50 - OMS, 2007, Consultation Technique sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, rapport final, OMS, bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, 2007
- 51 - OMS, 2008, Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale, mhGap: élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives OMS, 2008.
- 52 - OMS, 2008, Relatório mundial da saúde 2008, Cuidados de Saúde Primários, agora mais que nunca, OMS, 2008
- 53 - OMS, 2011, Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non specialises, version 1.0, OMS 2011
- 54 - PANA, 2003, União europeia financia produção do vinho na ilha do Fogo, disponível em www.panapress.com/ acesso 21-08-2012d

- 55- Poznyak, Saraceno, Obot, Breaking the vicious circle of determinants and consequences of the alcohol use, Bull. of the World Health Organization, Vol 83, November 2005, 801- 880
- 56 - Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross J, In search of how people change, American Psychologist 1992; 47 (9), 1102-1114
- 57 - Projecto CVE/066, Estudo sobre saúde escolar, Junho de 2007
- 58- Raistrick D, Haider N., Godfrey C., Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems, full report 2006
- 59 - Rehm J. et al., Alcohol, in Disease control priorities related to Mental, Neurological, Developmental and Substance abuse disorder, WHO, Geneva 2006
- 60 - Rispel L., Palha de Sousa C., Molombo B., Can social inclusion policy reduce health inequalities in sub Saharan Africa? A rapid policy appraisal, J health Popul nutrit, 2009 August; 27 (4): 495-504
- 61– Rodrigues T. 2008, disponível em www.bv.fapesp.br acesso 28 de Jan. 2011
- 62 - Roerecke, Obot, Patra & Rehm, African journal of Drug & Alcohol studies, 7 (1) 2008
- 63 - Saraceno, 2006, in Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders, WHO, 2006
- 64 - Shuckit M., Abuso de álcool e outras drogas, climepsi, Lisboa, 1998
- 65 - Shuckit M., Alcohol-use disorder, The Lancet, Volume 373, Issue 9662, 492 - 501, 7 February 2009
- 66– Spencer L., Lima A, Perfil clínico epidemiológico de adultos com acidente vascular cerebral no Hospital Agostinho Neto, comunicação pessoal apresentada nas XXXIV jornadas médicas atlânticas realizada em Outubro de 2008
- 67- Tumwesigye, Kasyrie, Gender and the major consequences of alcohol consumption in Uganda, in Alcohol, gender and drinking problems, Perspectives from low and middle income countries, WHO, 2005
- 68 - Vicente J. Álcool e Condução, comunicação pessoal apresentada no fórum sobre o alcoolismo realizado na Praia em Dezembro de 2008

- 69– Vieira A. Controlo da qualidade e fiscalização das bebidas alcoólicas, comunicação pessoal apresentada no forum sobre alcoolismo, realizado na Praia em 15 de Dezembro de 2008
- 70– Ward C. et al, Prevalence and correlates of substance use among South African primary care clinic patients – in Substance Use Misuse 2008; 43 (10): 1395- 1410
- 71- Ward C. et al., Substance abuse and HIV risk behaviours amongst primary health care service users in Cape Town. – S. Afr Psychiatry Rev 2005; 8: 160-165
- 72 - WHO, 2002, Alcohol in developing societies, a public health approach, summary, WHO, 2002
- 73– WHO, 2004, Global status report: alcohol policy, WHO, Geneva 2004
- 74 - WHO, 2004, Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, WHO, 2004
- 75 – WHO, 2006, Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders, WHO, Geneva 2006.
- 76 - WHO, 2010, Brief intervention the ASSIST- linked brief intervention for hazardous and harmful substance use manual for use in primary care, WHO 2010
- 77- WHO, 2010, The alcohol smoking and substance involvement screening test, manual for use in primary care, WHO 2010
- 78 - WHO, 2011, Global status report on alcohol and health, WHO, 2011
- 79 - WHO, 2011, World Health report on alcohol and health, WHO, Geneva 2011
- 80 - WHO, AFR/RC58/3
- 81- Wilsnak et al., Why study gender, alcohol and culture, in Alcohol, gender and drinking problems, Perspectives from low and middle income countries, WHO, 2005
- 82 - www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/22433230 acesso 22 Mar 2012
- 83 - Youmans Q. et al., Prevalence of alcohol, tobacco and drug misuse among Rhode Island Hospital emergency department patients – Medicine & Health/ Road Island, Vol. 93 N°2 Feb. 2010
- 84 - Estudo sobre saúde escolar, projecto CVE/066, Junho de 2007

- 85- Ward C. et al. Prevalence and correlates of substance use among South African primary care clinic patients disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles acesso 09 Mar 2011
- 86 - Drug & Alcohol services South Australia <http://.dassa.sa.gov.au/webdata/resources/files/Monograph>, acesso 28 março 2012
- 87 - A saúde e estilo de vida dos adolescentes caboverdeanos frequentando o ensino secundário de parceria entre o Instituto de Higiene e medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, a faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz

Anexo A – Parecer do Comité Nacional de Ética em Pesquisa

Praia, 15/06/2011

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

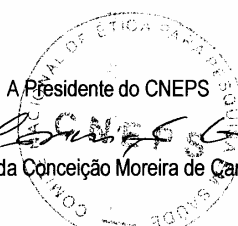
Parecer

1. Foi submetido, nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para parecer do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), o Projecto intitulado "Prevalência do abuso e dependência do álcool em dois centros de saúde da Praia e num centro numa zona rural, Picos – Ilha de Santiago", *pela pesquisadora principal Dra Maria Francisca Tavares Alvarenga Varela*, psicóloga e Directora do Programa Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde.
2. Trata-se de um projecto de pesquisa que visa conhecer a prevalência do abuso e dependência do álcool em dois centros de saúde da Praia e num centro numa zona rural, Picos no âmbito da conclusão do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no qual está inscrita a pesquisadora principal, sob a orientação do Professor Benedetto Saraceno.
3. Todos os documentos foram entregues, a saber : o protocolo de pesquisa; Termo de consentimento livre e esclarecido e o Curriculum vitae da pesquisadora principal, bem como do orientador, e a autorização da Directora do Centro de Saúde da Achada de Santo António na Praia e da Delegada de Saúde do concelho de Santa Catarina no sentido de permitir a realização do estudo.
- 4-Estando todos os requisitos reunidos,o CNEPS, deliberou, pela sua **aprovação do estudo**, ao abrigo do artigo nº11 do Decreto/Lei nº26/2007,uma vez que estão salvaguardados todos os direitos e bem-estar dos participantes, devendo a investigadora manter o CNEPS informado sobre o andamento dos trabalhos.

A Presidente do CNEPS



Maria da Conceição Moreira de Carvalho



Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ confirmo responder voluntariamente ao questionário apresentado e ter sido informado (a) da existência do Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde onde eu possa recorrer caso não me forem garantidos a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança, em todos os aspectos relativos à participação nesta pesquisa.

_____, ____/____/2011

(Assinatura)

Termo de consentimento livre e esclarecido
(Dados e Informações a serem prestadas)

1. Dados de identificação do sujeito da pesquisa
Idade..... Sexo..... Morada..... Escolaridade..... Ocupação..... Est.
Civil.....
2. Dados sobre a pesquisa científica
 1. Título do protocolo da pesquisa: Estudo sobre a prevalência do consumo do álcool nos utentes dos centros de saúde (ASA, Achadinha, Picos)
 2. Pesquisador: Maria Francisca Tavares Alvarenga Varela
Psicóloga, mestranda em Políticas e serviços de saúde mental na faculdade de Ciências médicas da Universidade Nova de Lisboa
 3. Avaliação do risco da pesquisa:
Sem risco ☒ Risco mínimo ☐ Risco médio ☐ Risco baixo ☐ Risco maior ☐
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
 4. Duração da pesquisa: 1 ano
3. Registo das explicações do pesquisador ao sujeito sobre a pesquisa consignando:
 1. Justificativa e os objectivos da pesquisa
Ainda não se sabe quantas pessoas que frequentam os centros de saúde tem problemas ou risco de virem a ter problemas por causa do consumo de bebidas alcoólicas, ou outras drogas. Este estudo pretende responder esta importante questão.
 2. Procedimentos que serão utilizados
Gostaríamos que você respondesse a umas perguntas sobre as substâncias que já experimentou alguma vez, nos últimos 3 meses e sobre questões relacionadas com o consumo.
 3. Desconfortos e riscos esperados
A entrevista pede alguns minutos do seu tempo
 4. Benefícios que poderão ser obtidos
O estudo pode trazer conhecimentos importantes sobre a situação o que permite melhor organizar a ajuda para as pessoas que necessitam.
4. Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa consignando:
 1. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência
 2. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Anexo C - Questionário ASSIST



Registro _____ Sexo _____ Idade _____
Entrevistador: _____

DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCÓOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente usa não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. cannabis	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou ecstasy	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinogêneo	0	3
i. opiáceos	0	3
j. outras, especificar	0	3

• SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?

• Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista

• Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. cannabis	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinogêneos	0	2	3	4	6
i. opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

• Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou vontade de consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. cannabis	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinogêneos	0	3	4	5	6
i. opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. cannabis	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou ecstasy	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinogêneos	0	4	5	6	7
i. opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, cancan, ciré, folha de tabaco/masca)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, uísque, vodka, vermouth, caninha, rum, tequila, gin, grogue, pontche)
- c. cannabis (padinha, baseado, erva, liamba, charro, chocolate, ganja, haxixa, skank, etc.)
- d. cocaína, crack (coca, po, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho, base)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, modermine, MDMA, ecstasy, speed)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tinner, cloroformio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, marcas)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, bromazepam, lorazepam, paxium, alprazolam)
- h. alucinogêneos (LSD, chá-de-férrico, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto, chá de diabo, berbidjaca, chá de micelina)
- i. opiáceos (mortina, codeína, ópio, heroína alixir, metadona, petidina, buprenorfina)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, não fez o que normalmente era esperado de si, devido ao seu uso de (primeira droga, depois o sucesso a 2ª droga, etc.) ?

	NUNCA	1 ou 2 vezes	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7
c. cannabis	0	5	6	7
d. cocaína, crack	0	5	6	7
e. anfetaminas ou ecstasy	0	5	6	7
f. inalantes	0	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7
h. alucinógenos	0	5	6	7
i. opiáceos	0	5	6	7
j. outras, especificar	0	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) sem sucesso?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. cannabis	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou ecstasy	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Já alguma vez algum amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) ?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. cannabis	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou ecstasy	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção

8- Alguma vez você já usou drogas por via injetável? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Cannabis		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógeno		0-3	4-26	27 ou mais
Opiáceo		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a